

Universidade de Brasília – *Campus* Ceilândia
Graduação em Saúde Coletiva

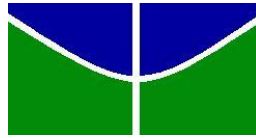
DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA

**DESCENTRALIZAÇÃO & REGIONALIZAÇÃO:
Interface com Controle Social em Saúde no Distrito Federal, 2011-2016**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva pelo
Campus Ceilândia, da Universidade de Brasília

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Sodário Cruz

Distrito Federal, 2016



Universidade de Brasília - *Campus* Ceilândia
Graduação em Saúde Coletiva

DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA

DESCENTRALIZAÇÃO & REGIONALIZAÇÃO:
Interface com Controle Social em Saúde no Distrito Federal, 2011-2016

Banca Examinadora

Profa. Dra. Mariana Sodário Cruz - Orientadora

Profa. Dra. Helena Eri Shimizu – Examinadora

Prof. M. Sérgio Ricardo Schierholt - Examinador

Distrito Federal, 2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à sociedade brasileira por ter custeado a minha formação até o prezado momento e por ter garantido assistência necessária para as inúmeras oportunidades abraçadas.

Dedico à esta sociedade que luta e reluta por direitos. Aos que buscam o firmamento e ampliação de direitos sociais e políticos, destinando esforços para contra argumentar com aqueles que anseiam diminuí-los.

Dedico aos atores envolvidos com à Graduação em Saúde Coletiva: sejam eles docentes, discentes, servidores, profissionais de saúde atuantes, políticos e militantes diversos.

Dedico ao meu querido, estudado e vivido Controle Social em Saúde e aos Conselheiros e Conselheiras de Saúde do Distrito Federal que se empenham, voluntariamente, na busca de melhorias para a saúde pública e coletiva da região, como também pelo combate aos eminentes ataques e retrocessos para com uma das maiores políticas sociais mundiais que é o SUS.

Dedico, sobretudo: aos usuários e usuárias do SUS, por entender que o tema central aqui discutido, analisado e considerado, refletirá em avanços para a implementação deste jovem sistema na região do DF.

Dedico aos meus familiares, em especial à minha mãe, Marisa, aos meus tios Mauro e Alismar, por forjarem o meu caráter e incentivarem o meu interesse pelos estudos e aos meus quatro irmãos, pela amizade e lealdade construída.

Dedico aos companheiros de estudos, amigos de faculdade, profissionais de saúde em formação, amigos da vida.

Dedico aos que se dedicam, que lutam por quaisquer causas sociais que sejam!

AGRADECIMENTOS

É de praxe imaginarmos no decorrer de toda a graduação a quem destinar agradecimentos no Trabalho de Conclusão de Curso. Vemos isso como uma homenagem, um reconhecimento, uma honra... Por receio de esquecer de agradecer nominalmente às amizades e familiares que contribuíram para o meu crescimento acadêmico, cidadão e para o sujeito político reflexivo que busco ser, cheguei a cogitar a inexistência desse espaço no TCC, por se tratar de item facultativo. Mas como tratar facultativamente as lembranças que surgem ao nominalmente agradecer quem esteve comigo esses anos todos? Por assim refletir, decidi dedicar palavras de gratidão às amizades que seguem.

Primeiramente, por se tratar de requisito parcial de avaliação, agradeço à minha orientadora que contribuiu significativamente para a minha formação, sendo orientadora não somente desse estudo, mas como também dos três projetos de iniciação científica e de projeto de extensão que me trouxeram alegrias e aprendizados. Profa. Mariana tornou-se para mim uma amiga intelectual da qual terei sempre como referência da inteligência e formosura feminina. Demonstra-se, a cada oportunidade concedida, a melhor orientadora que alguém pode desejar e por isso, a indiquei e continuarei a indicar como sinônimo de maestria docente.

Com ânimo, agradeço aos familiares que acompanharam o meu desenvolvimento acadêmico e demonstram-se orgulhosos das escolhas que fiz, em especial à minha mãe Marisa, aos meus irmãos – por ordem decrescente – Douglas Vilaça, Mayrlla Vilaça, Dyego Vilaça e Luana agregada Vilaça. Meus irmãos são, sem sombra de dúvidas, os maiores entendedores de todas as conquistas até o momento alcançadas e fiéis espectadores e apoiadores das conquistas que ainda obterei. A eles todo agradecimento pela confiança depositada. Agradecimentos ainda à uma tia que se equipara à uma mãe, codinome Alismar e à um tio que desempenhou o cuidado de um pai, denominado Mauro.

Aos meus amigos de outros cursos, em especial ao Alisson César, quem eu insisto em chamar somente de César por achar mais conveniente à personalidade que possui. Essa figura fez um diferencial em minha formação, sendo o amigo que nunca tive, mas que buscava ter. Agradeço aos momentos compartilhados com os amigos e amigas da (i) Terapia Ocupacional (Leilane Peres, Andressa Leite, Fabrício Hondou, Raquel Souza, Gabriel Duarte), (ii) Farmácia (Gleiciane Gontijo, meu bem querer, pessoa encantadora e amiga para a vida), (iii) Fisioterapia (Juliana Ramalho, Bruna Silva), (iv) Fonoaudiologia (Bruna Rabêlo, Yasmin Sheila pessoas de extrema delicadeza e cuidado com o próximo), (v) Enfermagem (Andreia Puttini, Brenda Machado, Marcos Câmara, Thais Morais, melhores profissionais da enfermagem desse país continental), (vi) Medicina (Diogo Carneiro, Talyta Araújo), (vii) Serviço Social (Carlos Henrique) e (viii) Psicologia (Raquel Follman, Ticiane Pinheiro, Sofia Costa, Sara Menezes: ilustres personalidades que me fizeram crescer muito enquanto ser humano que pensa e executa).

Aos amigos de curso, em especial ao Douglas Vasco pela compreensão e conselhos, pela confiança, respeito mútuo e por sobretudo ser a minha inteligência matemática. À Thayna Karoline pelo companheirismo científico que me fez indicá-la para a empreitada que são os projetos de pesquisa. À Emily Vidal pelos cachos maravilhosos e notória inteligência. Ao Rodrigo Barbosa e Walter Pamplona por serem as pessoas do contra e que sempre contribuem com o debate pelo raciocínio diferenciado e pela esperteza incomum que possuem. Ao Leonardo Lourenço pelas cômicas edições de vídeo. Ao Diego Nascimento e Roniélcio Ramos por muito se

assemelharem a mim e me fazer orgulhoso por isso. À Karen Milhomem, Lina Karla, Odete Quintino e Milena Frazão pela recíproca admiração. À Maiza Misquita por ser sinônimo de perseverança e cuidado. À Kerolyn Ramos por ser a minha representante favorita, envolta de elegância, inteligência e poder feminino. À Ana Terra, Paula Cunha, Luana Rodrigues, Deildeala Barros, Daniela Ketlyn e Débora Nunes por trilharem os caminhos iniciais e inesquecíveis na universidade comigo. Aos colegas que cursaram TCC e confiaram a mim algumas orientações que lhes auxiliaram, Bárbara Formiga, Brenda Reis, Paula Souza e demais.

Aos amigos organizadores e viventes, pela ousadia e efetivação da primeira edição do Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – VERSUS no DF: *Eia SUS, Óh SUS*. Aos amigos de Centros Acadêmicos e do Movimento Estudantil como um todo. Aos amigos de Formação de Lideranças para controle do HIV/Aids do curso do Departamento de DST/Aids e ONU/UnAids, em especial ao Geferson Pelegri, Lucas Guerra, Lucas Strauss Boff, Jonathan Finkler Schmidt, Luis Benício, Tamillys Lirio e Carolina Delgado.

Aos/Às docentes: Sílvia Badim pelas lutas por igualdade e pelas memoráveis postagens na rede social *Facebook* da qual faço questão de compartilhar, à Clélia Parreira pelo seu brilhantismo, raciocínio diferenciado e inteligência inigualável, à Carla Pintas por ter demonstrado em oportunidades que possui propriedade para falar sobre todo assunto possível e por ter sido a melhor orientadora de estágio que tive, ao Everton Nunes também pela sua inteligência e protagonismo frente ao Fórum de Graduação da ABRASCO, defendendo com excelência as convicções que representavam à todos, à Andreia Galassi pelo companheirismo e pela defesa das causas sociais das quais compartilho e sobretudo, pela humildade e inigualável personalidade, à Maria Hosana pela companhia em espaços de representação, à Patrícia Escalda por ter sido a melhor coordenadora de curso, à Luiza de Marilac por ter sido a melhor professora de epidemiologia, ao Marcos Obara pela confiança depositada para monitorar a disciplina de TCC 2 voluntariamente, ao Sérgio Schierholt pelo ativismo e confiança nas representações discentes e pela formação política propiciada, à Margô Karnikowski por ser agente político de relevância para o SUS local, ao Prof. Iturri pelas melhores analogias e reflexões e à Magnífica Diana Lúcia Moura Pinho pela personalidade democrática e pela excelente condução na implantação do *Campus* UnB Ceilândia.

Aos servidores técnicos administrativos que, sempre tão solícitos, atenderam as demandas que apresentava enquanto representante discente e com toda confiança, contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal, sendo eles e elas: Cristina, Ana Paula, Márcia, Sandra, Flávia, Dionísio, Kleber, Leopoldo Alvim, Lynce Ramos. Aos meus amigos da segurança do *Campus*, Mesaque, Vilene, João, Fabiano por todas as conversas e opiniões trocadas. Aos servidores da limpeza a quem sempre cumprimentei e solidifiquei amizade.

Aos recentes e inesquecíveis amores, Fernanda e Lucas Bucar, dos quais desejo viver e conviver eternamente, tornando sonhos em realidades, decifrando o que é amor de verdade. A melhor preceptora de estágio, Dra. Alethele Santos (Conass) e por último, mas não menos importante, à banca examinadora, a quem destino confiança para contribuir significativamente com o aprimoramento desse trabalho.

EPÍGRAFE

"Espera o Brasil
Que todos cumprai
Com o vosso dever.
Eia avante, brasileiros,
Sempre avante!
Gravai com buril
Nos pátrios anais
Do vosso poder.
Eia avante, brasileiros,
Sempre avante!
Servi o Brasil
Sem esmorecer,
Com ânimo audaz
Cumpri o dever,
Na guerra e na paz.
À sombra da lei,
À brisa gentil
O lábaro erguei
Do belo Brasil
Eia sus, oh sus!"

Versão não cantada do Hino Nacional Brasileiro.

ABREVIATURAS

- (AIS) Ações Integradas de Saúde
- (CEP) Comitê de Ética em Pesquisa
- (CF) Constituição Federal
- (CIT) Comissão Intergestora Tripartite
- (CNS) Conferência Nacional de Saúde
- (CSDF) Conselho de Saúde do Distrito Federal
- (CSDF) Conferência de Saúde do Distrito Federal
- (CNS) Conselho Nacional de Saúde
- (DF) Distrito Federal
- (GDF) Governo do Distrito Federal
- (LOS) Leis Orgânicas da Saúde
- (LSTD) Lei San Tiago Dantas
- (NOAS) Norma Operacional de Assistência à Saúde
- (OEB) Organização do Estado Brasileiro
- (OMS) Organização Mundial da Saúde
- (OPA) Organização Político Administrativa
- (PBM) Plano Bandeira de Mello
- (Pdpas) Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde
- (PJF) Plano Jofran Frejat
- (RA) Região Administrativa
- (RAS) Rede de Atenção à Saúde
- (SES/DF) Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
- (SUS) Sistema Único de Saúde

RESUMO

O Distrito Federal, por sobrepor as características de Estado e Município, é um exemplo diferenciado para implantação da descentralização e regionalização em saúde. Somado a isso, a atuação do controle social na implantação da regionalização da saúde carece de estudos no Brasil. Assim, o objetivo foi analisar as demandas levantadas pelo controle social em saúde sobre descentralização e regionalização no Distrito Federal, no período de 2011 a 2016; analisar a implantação do Decreto 37.057 de 2016 e seus desdobramentos. Foi realizado estudo descritivo, qualitativo, operacionado através da análise documental das atas do Conselho de Saúde do DF; dos relatórios finais das 8ª e 9ª conferências distritais; do decreto 37.057/2016; além do estudo do sítio virtual da Secretaria de Saúde do DF – SES/DF. O Controle Social propôs a descentralização da gestão na 8º CSDF e voltou a propor com maior afinco em sua 9ª edição. A regionalização não compôs as propostas da 8º CSDF, mas emana junto ao pleito pela descentralização na 9º CSDF. Com a publicação do decreto 37.057/2016 a SES/DF instituiu sete superintendências de saúde. Em sua perspectiva, a SES/DF implantou a regionalização, mas normativamente e até o momento, não descentralizou a gestão, contemplando parcialmente as demandas do controle social em saúde.

Palavras-Chaves: Regionalização; Descentralização; Controle Social; Sistema Único de Saúde; Distrito Federal.

ABSTRACT

The Federal District, by superimposing the characteristics of state and municipality, is a different example for the implementation of decentralization and regionalization health. Added to this, social control activities in health regionalization of implementation lacks studies in Brazil. The objective was to analyze the demands raised by the Social Control in Health on decentralization and regionalization in the Federal District in 2011-2016 period; analyze the implementation of Decree 37 057/2016 and its consequences. It conducted a descriptive, cross-sectional, qualitative study operacionary through documentary analysis of the minutes of the Federal District Health Council; the final reports of the 8th and 9th district conferences; Decree 37,057/2016; and the study of the virtual site of the Federal District Health Department - SES/DF. The Social Control proposed the decentralization of management in 8 CSDF and returned to propose more hard in its 9th edition. Regionalization did not write the proposals of 8 CSDF, but emanates from the claim for decentralization in 9th CSDF. With the publication of the decree 37057/2016 SES/DF established seven health superintendents. In their view, implemented regionalization, but normatively and to date, not decentralized management, partially covering the demands of social control in health.

Key Words: Regional Health Planning; Health Policy; Unified Health System, Distrito Federal.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	10
2. Justificativa.....	13
3. Marco Teórico.....	14
3.1. Regionalização em voga.....	14
3.2. A descentralização no contexto das reformas dos sistemas de saúde.....	17
3.3. Participação e Controle Social no SUS.....	20
3.4. Organização Política Administrativa e História da Saúde do Distrito Federal.....	21
3.4.1. Organização Política Administrativa do Distrito Federal.....	21
3.4.2. História da Saúde do Distrito Federal.....	24
4. Objetivos.....	26
4.1. Objetivo Geral.....	26
4.2. Objetivo Específico.....	26
5. Método.....	27
5.1. Tipo de Estudo.....	27
5.2. Período de Análise.....	28
5.3. Procedimento de Coleta e Análise de dados.....	29
6. Resultado e discussão.....	30
6.1. Contexto da descentralização, regionalização e busca pela autonomia por meio das atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal.....	30
6.1.1. Análise da descentralização nas atas.....	30
6.1.2. Análise da regionalização nas atas.....	33
6.1.3. Análise da autonomia nas atas.....	35
6.2. Contexto da descentralização e regionalização por meio dos Relatórios Finais de Conferências de Saúde do Distrito Federal.....	38
6.2.1. Análise do Relatório Final da 8ª Conferência de Saúde do Distrito Federal, 2011.....	38
6.2.2. Análise do Relatório Final da 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal, 2011.....	40
6.3. Análise comparativa entre as discussões evidentes em atas do CSDF e as propostas existentes nos relatórios das CSDF.....	41
6.4. Análise da implantação do Decreto 37.057 na organização da rede de serviços de saúde do Distrito Federal e no Controle Social.....	42
6.5. Comparação do organograma da SES/DF antes e após o Decreto 37.057, de 14 de janeiro de 2016.....	47
6.6. Demandas do Controle Social e retorno da SES/DF.....	50
7. Conclusão.....	51
8. Referências Bibliográficas.....	53
9. Anexos.....	58

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), possui base de princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários baseiam-se pela (i) universalidade do acesso, (ii) integralidade no cuidado e atenção aos usuários, compreendendo-os como seres indivisíveis e pertencentes à um todo e por fim, pela (iii) equidade em assegurar ações e serviços compreendendo a complexidade que cada caso requeira (BRASIL, 1990a)

No que tange aos princípios organizativos, esse sistema, de caráter público, constitui-se por uma rede de serviços descentralizada, regionalizada e hierarquizada, direcionada em cada esfera de governo e sobre o controle dos seus usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 1990a).

Este estudo, enfatiza três desses princípios organizativos, a saber: Descentralização, Regionalização e Controle Social. A interface Controle social, descentralização e regionalização foi escolhida a partir do momento histórico do início do presente trabalho: a 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal (CSDF). Nessa instância, foram discutidas e aprovadas algumas propostas referentes ao deslocamento da tomada de decisão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), representando o nível central, para as instâncias de nível regional, dentro do eixo temático “Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde”. Em outras palavras, pleiteava-se a descentralização da gestão da saúde para as 15 regionais de saúde até então existentes no momento de realização da referida conferência.

Para (VIANA, 2014) a tomada de decisão deverá estar situada no nível local dos serviços de saúde devido ao maior controle social e à maior autonomia das instâncias executoras. A autora afirma, ainda, que a descentralização esteve no centro das discussões de organizações públicas no decorrer de duas décadas, compondo a construção de Estado Democrático.

Entretanto, a descentralização não deve significar somente um processo político-administrativo de democratização do Estado. Existe uma amplitude a ser considerada, no que concerne à oportunidade de desenvolvimento e organização da sociedade civil (HORTALE, 1997).

Corroborando com o entendimento de que a descentralização pode ser entendida como um mecanismo de desenvolver a participação político-social por outros autores (BORJA, 1989)

No tocante à saúde, a descentralização apresenta-se como uma solução para a reforma dos sistemas de saúde, sendo a sua implementação variante para cada país, frente as suas peculiaridades e interpretações do conceito de descentralização (HORTALE, 1997).

Compreende-se a descentralização como meio de aproximação da tomada de decisão do local onde os problemas emergem, para obtenção de maior eficiência técnica e também social. Assim, as atribuições de abrangência municipal competem ao governo municipal e por semelhante modo, o que estiver na abrangência do nível estadual e nacional, devem ser de responsabilidade dos governos estaduais e federais respectivamente (BRASIL, 1990b).

Um sistema descentralizado, que tem como base a interdependência na organização da rede de serviços, tem que se regionalizar. A descentralização não é para ser abolida, mas para ser regionalizada. Esse entendimento faz-nos refletir sobre a possibilidade de haver mais de cinco mil sistemas municipalizados e descentralizados isolados, solitários e incapazes de atender o princípio doutrinário da integralidade citado anteriormente (SANTOS, 2015).

A regionalização apresenta-se como orientadora da descentralização das ações e serviços de saúde. Neste processo, são identificadas e constituídas as regiões de saúde – espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações e de atenção à saúde objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de co-gestão (BRASIL, 2011).

A co-gestão do SUS, institucionaliza-se por meio da participação dos segmentos gestores, trabalhadores, prestadores de serviços e usuários para controle, formulação, fiscalização do SUS através dos Conselhos e Conferências de Saúde em âmbito Municipal, Estadual e Federal (BRASIL, 1990c), interferindo e tomando decisões que sejam de interesse das suas respectivas abrangências.

Destaca-se que Controle Social, definido primeiramente pela área sociológica, referia-se à uma ordem construída socialmente, divergindo de uma ideia de desenvolvimento, ou seja, natural, pressupondo ainda um controle não da sociedade sobre o Estado, mas sim, o inverso (URIBE RIVIERA, 1995). Em outras palavras, essa concepção de intervenção nas ações do Estado por meio dos segmentos que utilizam de seus serviços, apresenta-se como uma especificidade do setor saúde brasileiro. Indaga-se, porquê a adoção dessa terminologia de forma tão pouco crítica?

Após mais de 26 anos da publicação da lei que formalizou os conselhos e as conferências de saúde - a lei 8142 de 1990 (BRASIL, 1990) - ainda há muitas incertezas sobre

a efetiva participação da sociedade nas instâncias decisórias do SUS. A atuação do controle social nos processos de descentralização e regionalização no sistema de saúde, por exemplo, é uma área permeada de questionamentos e incertezas: qual a visão que os conselheiros de saúde possuem sobre esses processos? Há efetiva participação dessas instâncias democráticas em decisões locais, regionais, estaduais e nacionais sobre descentralização e regionalização? Os pleitos do controle social sobre a temática são considerados no processo de decisão?

Em 2016, no Distrito Federal, foi publicado o Decreto 37.057, que teve como objetivo apresentar uma nova estrutura administrativa para a Secretaria de Estado de Saúde. Entre as alterações indicadas no documento, havia a criação das superintendências das regiões de saúde, alterando a disposição do sistema de saúde na localidade, anteriormente configurado de acordo com regiões administrativas do DF. A criação das superintendências regionais foi apresentada dentro de um contexto para uma nova proposta de regionalização no SUS local, segundo divulgação nos sítios da secretaria de saúde do DF.

Apresentado esse panorama, buscou-se com esse estudo compreender se a implantação do processo de regionalização no Distrito Federal, a partir da publicação do Decreto 37.057 de 2016, convergiu com os anseios do controle social em saúde no nível local, a partir da análise dos pleitos e demandas dessas instâncias nos Conselhos e Conferências de Saúde, referente à temática, nos anos anteriores.

2. JUSTIFICATIVA

O SUS encontra-se em constante processo de construção, implantação e implementação, tanto no âmbito dos serviços de saúde, como na esfera organizativa. Como exemplo, tem-se que a recente descentralização e regionalização no Distrito Federal, que por mais que sejam princípios organizativos previstos tanto na Constituição Federal de 1988 (CF), como na Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde - LOS), podem passar por momentos de monitoramento, revisão e avaliação pelas secretarias de saúde, com a utilização de diferentes estratégias e mecanismos para suas efetivações.

Sendo o SUS um jovial sistema, com pouco mais de vinte e seis anos, ainda tem um longo caminho para sua efetivação, com enfrentamento diário de dificuldades de cunho financeiro, de cobertura, de acesso e de gestão de serviços. O fortalecimento da participação da sociedade poderia ser um mecanismo facilitador para o amadurecimento do sistema de saúde, através do aprimoramento da co-gestão, na busca do atendimento às necessidades locais da população. As estratégias institucionalizadas para a busca dessa participação da sociedade são as conferências de saúde e os conselhos de saúde (BRASIL, 1990).

Nessa perspectiva, os conselhos de saúde devem trabalhar em prol do fortalecimento do SUS e de seus princípios. Em relação às conferências, as propostas na busca da efetivação do sistema devem estar claras em seus relatórios finais. Sobre a implementação da descentralização e da regionalização, especificamente, as instâncias de controle social podem buscar um aumento da autonomia da gestão local e dos recursos administrativos, humanos e financeiros em níveis mais próximos da população que recebe os cuidados oferecidos pelo sistema de saúde.

A compreensão de como Conselheiros e Delegados abordam as demandas de descentralização e regionalização no DF podem auxiliar na melhor elucidação sobre a efetiva participação da sociedade nas instâncias decisórias do SUS, no nível local. Em segundo momento, espera-se que a descrição do processo de regionalização em voga no DF possa contribuir para o avanço dos debates na área. O interesse em pesquisar o tema surgiu pela observação do autor durante a 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal, em que foi delegado representando o segmento usuário. Nesse evento, foi possível observar o constante debate sobre descentralização e regionalização no DF, bem como as demandas por maior autonomia na atuação das regiões administrativas, pontos que compuseram os relatórios parciais e finais da 9ª Conferência de Saúde.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Regionalização em voga

A regionalização constitui eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS, definido pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2006). A CIT é uma instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, composta por gestores do SUS das três esferas de governo, sendo elas: União, Estados, DF e Municípios. Há duas considerações sobre esse espaço: (i) sua composição é paritária e (ii) as decisões são tomadas por consenso e não por votação (BRASIL, 2011). A

CIB é um espaço estadual de articulação política que objetiva orientar aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. As CIBs foram institucionalizadas pela Norma Operacional Básica 01 de 1993 (BRASIL, 2011).

O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos do financiamento, planejamento, gestão do trabalho, educação em saúde entre outros e ainda, dos princípios organizativos de interesse desse estudo, a saber: descentralização, regionalização e controle social (BRASIL, 2006).

A CIT e a CIB são descritas no Decreto 7.508 para tratar da articulação federativa, onde a CIT vincula-se ao Ministério da Saúde e a CIB vincula-se às Secretarias de Estado de Saúde, ambas para efeitos administrativos e operacionais.

Sendo o SUS um sistema fundamentalmente descentralizado, que tem como base a interdependência na organização da rede de serviços, tem que se regionalizar. Não sendo assim, corre-se a observação de um sistema que possui isoladamente mais cinco mil e quinhentos subsistemas, incapazes de atender o princípio doutrinário da integralidade ao cuidado de seus usuários (SANTOS, 2015).

Não será possível regionalizar o sistema se os entes federais e estaduais não descentralizarem suas funções, discutirem e desvincularem o financiamento dando maior liberdade à gestão local do SUS para definir onde e como investir (PEREIRA & PEREIRA, 2015). Esse argumento, é parte dos resultados da publicação “Regionalização é o Caminho” e apresenta-se como abre-alas para o desenvolvimento desse capítulo pelo fato de corroborar com as necessidades que o mesmo precisa expor no tocante à relação entre regionalização e descentralização (SANTOS, 2015).

A realização de oficinas regionais em cinco cidades paulistas, coletou narrativas de gestores sobre regionalização por meio de coletivos. Todos os coletivos concluíram que

regionalização de fato é o caminho, contudo, indagaram-se: “A regionalização, mais do que um caminho é uma realidade necessária para construção do SUS que se deseja, sendo assim como percorrer este caminho?” (LOUVISON, 2015).

Essa mesma indagação deve ocorrer para a realidade do sistema de saúde do Distrito Federal que inicia tal construção necessária. Os participantes desse estudo, em suma gestores paulistas, indicam que a regionalização é estruturante na organização e fortalecimento do SUS: é processo, organização, pactuação, articulação, sistematização. É sobretudo um processo e sendo assim, possui caráter contínuo e interrupto (LOUVISON, 2015).

O SUS vem nesse caminhar, tornando a regionalização estratégica e prioritária, tendo como desafio a tentativa de superar a fragmentação que ocorre nas políticas e programas de saúde (HARADA, 2015). Cabe registrar ainda que, o SUS é fundamentalmente regionalizado por disposição constitucional não sendo facultativo aos agentes públicos de saúde efetivá-lo, é princípio obrigatório (SANTOS, 2015).

Apesar de estar na Constituição, somente após a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2002 que a regionalização do SUS passou a ser uma prioridade (CAMPOS, 2015).

A NOAS aponta que a regionalização, como princípio organizativo, é estratégia de hierarquização dos serviços de saúde que busca maior equidade. Aponta ainda que, o processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, atentando-se para as noções de territorialidade, tendo como objetivo final a garantia ao acesso dos usuários a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2002).

Em seguida, surge a Política dos Pactos Tripartites até alcançar os Contratos Organizativos de Ação Pública – COAP. Este instrumento, estabelece contrato entre gestores de modo compartilhado, tendo a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo a partir de uma região de saúde, dotada de metas, diretrizes e indicadores claramente explicitados e que devem ser seguidos conforme prazos estabelecidos (BRASIL, 2011).

As Regiões de Saúde são recortes territoriais identificados pelos gestores tendo como base a própria proximidade territorial, as identidades econômicas e sociais, bem como as redes de comunicação e de mobilidade urbana instalada (BRASIL, 2011). Sendo assim, para a implementação bem conduzida da regionalização, deve-se considerar os desenhos das regiões

de saúde, que devem corresponder a um território que contemple os critérios anteriormente citados (MENDES, 2011).

Para os gestores de saúde, há uma imperativa necessidade de se produzir processos de regionalização dos serviços de saúde, havendo primeiramente uma necessidade técnica e conjuntamente a isso, dadas as modificações populacionais e epidemiológicas, exigindo a nova concepção de modelos de atenção mais complexos e com um cardápio mais diversos de serviços. (MONTI, 2015).

A integração da saúde, com composição de redes regionalizadas de atenção, é indispensável para a qualificação e a assiduidade do cuidado à saúde, tendo relevante importância na superação de lacunas assistenciais, racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis no SUS, assim concluiu (SILVA, 2011) em estudo que buscava analisar as dificuldades inerentes ao processo de regionalização e formação de redes e desafios a serem superados nacionalmente.

Em estudo recente, evidenciou-se que a partir de 2010 por tanto agregar as diretrizes de regionalização com as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendeu-se a priorizar o enfoque às RAS no planejamento do SUS, tornando mais complexa a ideia de regionalização (ALBUQUERQUE, 2013). Em 2010, uma nova portaria ministerial que tratava da estruturação das RAS no Brasil, reforçou a necessidade de mudanças nas diretrizes da regionalização do SUS (BRASIL, 2010).

Por meio da Portaria n. 4.279/2010, entrou-se em consenso na CIT para estabelecimento de cinco redes temáticas prioritárias, a saber: (i) Rede Cegonha; (ii) Rede de Urgência e Emergência (RUE); (iii) Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPPS); (iv) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências e (v) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2015).

As RAS são disposições poliárquicas¹, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si com direção única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção ininterrupta e integral a determinado grupo populacional (MENDES, 2011).

¹ Organizações Poliárquicas tratam-se de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si e que possuem objetivos similares para uma ação cooperativa e interdependente, as denominadas as redes de atenção à saúde.

3.2. A descentralização no contexto das reformas dos sistemas de saúde

Na administração pública, estuda-se a relação entre descentralização e desconcentração. O processo de descentralização, implica autonomia de decisão dos níveis estaduais e municipais frente ao poder federal, não sendo assim, avança-se apenas com um processo de desconcentração burocrática administrativa. Assim, a descentralização realizada de modo organizacional, refletirá apenas a desconcentração de competências (COHN, 1987).

No cenário internacional, a partir da segunda metade da década de 70, a saúde caracterizou-se por novas formulações, coordenada pela necessidade de novos modelos assistenciais e institucionais, como também de novos padrões de financiamento para o setor, no sentido da descentralização. Refere-se à processos relacionados com uma crise mais avançada: a da economia e do Estado de Bem-Estar Social, nos países capitalistas (VIANA, 2014).

As políticas de descentralização do Estado de Bem-Estar Social aconteceram, por exemplo, na França, para além do setor saúde, ampliando-se para as áreas de habitação e educação e desde a lei de 1982, fomenta-se o debate sobre a conveniência de descentralizar responsabilidades que anteriormente competiam ao nível central. Nos anos 80, a Dinamarca, Noruega e Suécia também implantaram profundas descentralizações em seus sistemas de proteção sociais. A Itália, no ano de 1978 descentralizou serviços de saúde com alto grau de autonomia para a gestão dos serviços e assim como na França, também aplicou o princípio da descentralização a outras áreas (VIANA, 2014).

Existe uma tendência descentralizadora que resulta do crescimento dos aparelhos estatais que, concomitantemente ao produzirem políticas sociais, as expandem (SHARPE, 1997). O EBS pode ser definido como Estado que assegura um conjunto de prestações de seguridade pessoal considerada fundamental a todos os cidadãos, independente de necessidade ou não, operando por medidas igualitárias, por meio da lógica de mercado ou de integração social (VIANA, 2014).

Considerando a Conferência Internacional sobre “Cuidados Primários de Saúde”, realizada em Alma-Ata, que teve como produto a então Declaração de Alma-Ata, estabelecendo um plano mundial a participação dos Estados para com a saúde de seus habitantes através de políticas que visassem o conceito ampliado de saúde³ (SOUZA & COSTA, 2010), tem-se que concomitantemente à esse acontecimento histórico mundial, o Estado brasileiro passava por um momento de clamor coletivo por mudanças políticas voltadas para a redemocratização do país e, no campo da saúde, voltado para uma atenção

abrangente, democrática e universal, sugerindo a contraposição ao modelo assistencial privatista e curativista, à época vigente (MEDEIROS JÚNIOR & RONCALLI, 2004).

A população brasileira, permaneceu imersa em diversos conflitos sociais na década de 1980, com profundas desigualdades, enfrentamento infindáveis pela busca da assistência à saúde, altos índices de desemprego, falta de saneamento básico, culminando ainda mais para a insatisfação popular (SOUZA & COSTA, 2010).

No contexto pré-reforma sanitária brasileira, no decorrer da década de 1970, os indicadores apontavam que não havia uma sincronia destes com o ritmo e profundidade dos patamares alcançados pelos indicadores econômicos (VIANA, 2014).

Embora considera-se a valorização de alguns programas sociais, verificava-se também o agravamento da distribuição desigual de renda. Credita-se aos programas sociais, as tendências positivas para os indicadores comuns tais como: mortalidade infantil, esperança de vida ao nascer, grau de escolaridade. Contudo, estes dados eram defasados quando comparados ao próprio continente latino-americano (VIANA, 2014).

Nessa soma de limitações, ocorre em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que contou com intensa participação popular de mais de 4000 pessoas, dentre as quais 1000 correspondiam aos delegados que, a partir da democracia representativa, tinham direito a voz e voto (BRASIL, 1986).

A 8ª CNS tornou-se um marco da saúde brasileira, pois trouxe à tona temas relevantes para toda a sociedade, a saber: a necessidade de ampliação do conceito de saúde e de um novo Sistema Nacional de Saúde, a separação do setor saúde da previdência e a orientação da política de financiamento para o setor (BRASIL, 1986).

Seu relatório final, consolidava-se como um instrumento influente que responsabilizava o Estado brasileiro pela saúde da população, garantindo condições de acesso e qualidade dos serviços, servindo de subsídio para elaboração de uma nova tessitura para a saúde brasileira (BRASIL, 1988).

Tais movimentos populares, conduziram a formulação de uma nova constituinte. A Constituição Federal de 1988 (CF) consagra as discussões sobre a saúde ocorridas em Alma-Ata e também dos movimentos através do conhecido trecho que diz que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco e de doença e de outros agravos [...]” (BRASIL, 1988).

A interpretação dada pelos Municípios brasileiros sobre essas novas responsabilidades e atribuições em relação à saúde, previstas na CF, foi extremamente diversificada, e dependeu

de algumas variáveis, entre elas a experiência com as mudanças mais recentes vividas pela saúde no Brasil, ou seja: o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e as Ações Integradas de Saúde (AIS), (PIMENTA, 1993). O SUDS, apresenta-se nesse contexto como uma necessidade imediata para as questões anteriormente levantadas e como também de uma transformação progressiva para o SUS, (SOUZA & COSTA, 2010).

Já as AIS partiam do pressuposto de que o Estado é o único responsável pelo controle do sistema de saúde, bem como pela saúde da população. Dentre os principais objetivos das AIS destacam-se: desenvolvimento de capacidade gerencial dos serviços no nível local e regional, integração da alocação de recursos financeiros oriundos de diversas fontes planejamento da intervenção por meio do desenvolvimento de parâmetros técnica e financeiramente viáveis e adaptados às condições locais (VIANA, 2014).

As grandes mudanças na gestão da política de saúde iniciaram-se com as AIS, o que doravante seria aprimorado pelos Conselhos de Saúde, a partir do SUS e da Leis Orgânicas da Saúde (LOS), sendo elas: 8.080 e 8.142/1990 (VIANA, 2014).

A definição, bem como o conceito ampliado saúde², adquire sua efetivação com a instituição formal do SUS, uma vez que no Capítulo II, artigo 198 da mesma CF, relata-se que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, (BRASIL, 1990b).

Nos anos 1980, inicia-se a formulação e implementação de uma profunda reforma no sistema de saúde brasileiro, caracterizada pela inter-relação entre subsistemas de saúde previdenciária e pública, constituindo um sistema único e universal, e pelo desenvolvimento de processos que descentalizem as decisões e operação de ações e serviços de saúde (VIANA, 2014). O surgimento do SUS é entendido como o maior movimento de inclusão social existente no histórico da Nação Brasileira e representando, em termos constitucionais, uma afirmação da intervenção e compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos cidadãos (BRASIL, 2007).

²Segundo o conceito de 1947 da Organização Mundial da Saúde (OMS), amplamente divulgado em meios acadêmicos, a saúde é definida como: “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

3.3. Participação e Controle Social no SUS

Com esforços da 8ª Conferência Nacional de Saúde o Estado passou a dar voz à sociedade em uma ampla discussão sobre saúde. Entender e doravante tornar a saúde como um direito de todo cidadão brasileiro foi pauta da referida conferência: “Democracia é Saúde”, em 1986. Para discussão do direito à saúde e também de um novo modelo de sistema de saúde, necessitou-se da participação da sociedade civil organizada (BRASIL, 1986).

Dessa forma, “democracia é saúde” significava que, para que houvesse mudança e melhoria das condições de saúde da população brasileira, era imprescindível a conquista de um projeto de redemocratização desta nação (BRASIL, 1986), corroborando para uma compreensão de Controle Social aqui entendido como a sociedade intervindo nas ações do Estado. Destaca-se que Controle Social, definido primeiramente pela área sociológica, conceitualmente pode ser entendido como uma ordem construída socialmente, divergindo de uma ideia de desenvolvimento, ou natural, pressupondo ainda, um controle não da sociedade sobre o Estado, mas sim, o inverso (URIBE RIVERA, 1995).

Indagava-se àquela época, com a expressiva colaboração do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que assume o Controle Social como mecanismo de influência da sociedade sobre o Estado: “Mas sendo a saúde um direito, a quem cabe garanti-lo? Este questionamento contribuiu para a formulação do famoso trecho constitucional que diz que [...] e um dever do Estado. Emergiu-se, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio das Leis 8.080/90 e 8.142/90 e ainda hoje fruto de inúmeros aprimoramentos legais (BRASIL, 1990).

A Lei 8.142 institucionaliza a participação e o controle social por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Diferentemente das Conferências de Saúde, os Conselhos possuem caráter permanente e são um dos espaços fundamentais para o efetivo exercício do Controle e Participação Social em Saúde, existindo nas três esferas de governo. Os Conselhos de Saúde agregam, paritariamente, três segmentos da sociedade, a saber: usuários (50%), gestores e prestadores de serviços (25%) e trabalhadores da saúde (25%), (BRASIL, 1990). Realizou-se investigação objetivando caracterizar o funcionamento e o modo organizativo dos Conselhos de Saúde de 19 dos 23 municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF). Concluíram que, os Conselhos de Saúde possuíam características gerais muito semelhantes, no tocante à composição e funcionamento, mas que, ainda assim, existem singularidades relacionadas principalmente ao perfil das administrações (SHIMIZU, 2008).

3.4. Organização Política Administrativa e História da Saúde do DF

3.4.1 Organização Político Administrativa do Distrito Federal

Para chegar-se à melhor compreensão dos princípios organizativos da descentralização e regionalização em saúde, preocupa-se em inicialmente apresentar a Organização Política Administrativa (OPA) da República Federativa do Brasil, bem como apresentar estas mesmas características atribuídas ao local estudado, a saber: Distrito Federal.

Em outras palavras, pretende-se afunilar a organização do Estado Brasileiro, passando pela conformação do DF estabelecida constitucionalmente e por fim, nas leis orgânicas que o regem e que estabelece as Secretarias Básicas e em específico, a SES/DF.

Dessa forma, tem-se que a OPA do Brasil dar-se-á por meio dos Municípios, Distrito Federal, Estados e União, sendo Brasília a Capital Federal e ainda uma Região Administrativa (R.A. I) na tessitura organizativa do DF (BRASIL, 1988; COSTA, 2011).

A Constituição da República Federativa do Brasil, popularmente conhecida como Constituição Federal de 1988 ou ainda Constituição Cidadã, dita que ao Distrito Federal são atribuídas as competências legislativas reservadas aos Estados e Municípios, tornando-o assim uma especificidade quanto às demais organizações do Estado Brasileiro (BRASIL, 1988).

Em legislação específica, que dispõe sobre a tessitura do DF, apresenta-se a organização administrativa dessa Unidade Federativa (UF) por meio das Regiões Administrativas (RA) para fins de descentralização e coordenação dos serviços de natureza local, sendo chefiada por um administrador regional, indicado pelo governador (BRASIL, 1964).

Ainda que seja habitualmente utilizada a denominação de *Cidades Satélites*³ pela população brasiliense, a denominação correta e adotada pelo Governo do Distrito Federal (GDF) para as regiões/cidades do DF é Região Administrativa – R.A. (COSTA, 2011).

³Cidades Satélites, por definição, são aquelas que se encontram na órbita de uma cidade mais abrangente, possuindo variadas características urbanas (CORONA & LEMOS, 1972).

A Lei n. 3.751, de 13 de abril de 1960, conhecida como Lei San Tiago Dantas (LSTD), estruturou o poder Legislativo e Executivo, sendo ainda a percussora da regionalização administrativa na região do DF (COSTA, 2011); (BRASIL, 1960).

Por sua vez, a Lei n. 4.545, de 10 de dezembro de 1964, reestruturou a organização estabelecida pela LSTD e criou nove Secretarias e oito R.A's, cujas numerações sequenciais podem ser acompanhadas pelo Decreto "N" n. 456 de 21 de outubro de 1965. Criou-se, ainda, as administrações regionais, sendo consideradas como órgão de administração descentralizada no âmbito do DF (COSTA, 2011; BRASIL, 1964).

Dentre as nove Secretarias instituídas, encontra-se a Secretaria de Estado da Saúde cujas atribuições, segundo a lei em voga (Lei n. 4.545/1964) compreenderia: Saúde Pública, Assistências Médica, Dentária e Hospitalar e atividades complementares (BRASIL, 1964).

Para além dessa rasa descrição, apresenta-se as competências da SES/DF por meio de seu último Regimento Geral, instituído recentemente por meio do Decreto n. 34.213, de 14 de março de 2013, onde dita em seu Art. 1 que à SES/DF cabem 18 competências. De interesse desse estudo, aponta-se duas destas competências, tais quais: I - implementar as diretrizes do SUS no DF, de acordo com as políticas aprovadas pelo Conselho de Saúde e da CIT e XVIII – realizar cooperação técnica para a promoção da regionalização e da organização dos sistemas regionais de saúde (BRASIL, 2013).

Em 2014, a SES/DF publica no Diário Oficial do Distrito Federal (DODF) a deliberação n. 23, de 10 de junho de 2014, elaborada pelo plenário do Colegiado de Gestão, da SES/DF, a aprovação da Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde – SES/SAPS/DF (BRASIL, 2014).

Nessa relação, apresenta-se um Guia de Referência Rápida, onde é possível observar a divisão por regionais de saúde, expondo a conformação estabelecida e considerada pela SES/DF para organizar a rede de serviços e atenção à saúde da região, conforme o quadro a seguir.

Quadro 1. Regiões e Regionais de Saúde, segundo Regiões Administrativas do Distrito Federal, SES/DF, 2014.

REGIÃO DE SAÚDE	REGIONAL DE SAÚDE	REGIÃO ADMINISTRATIVA
Região Centro Sul	Asa Sul	Asa Sul
		Lago Sul
	Núcleo Bandeirante	Riacho Fundo
		Riacho Fundo II
		Candangolândia
		Núcleo Bandeirante
		Park Way
	Guará	Guará
		SIA – Setor de Indústria e Abastecimento
		Estrutural (SCIA – Setor Complementar de Indústria e Abastecimento)
Região Centro Norte	Asa Norte	Asa Norte
		Lago Norte
		Varjão
		Cruzeiro
		Sudoeste/Octogonal
Região Oeste	Ceilândia	Ceilândia
	Brazlândia	Brazlândia
Região Sudoeste	Taguatinga	Taguatinga
		Vicente Pires
		Águas Claras
	Samambaia	Samambaia
Região Norte	Recanto das Emas	Recanto das Emas
	Sobradinho	Sobradinho
	Planaltina	Planaltina
Região Leste	Paranoá	Paranoá
		Itapoã
	São Sebastião	São Sebastião
		Jardim Botânico
Região Sul	Gama	Gama
	Santa Maria	Santa Maria

Fonte: Guia de Referência Rápida. **Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS/DF, 2014. P. 17.**

Em meados de agosto de 2015, o GDF por meio do Decreto n. 36.671 instituiu Grupo de Trabalho, presidido pelo Secretário de Saúde e tendo a participação do Conselho de Saúde do Distrito Federal e Sociedade Civil para versar sobre a estrutura, organização e execução da Gestão Descentralizada da Saúde, do qual contribuirá parcialmente para a obtenção dos resultados desse estudo.

3.4.2. História da Saúde do Distrito Federal

Na década de 1960, época de instalação de Brasília, bem como do Distrito Federal (DF), o setor saúde brasileiro caracterizava-se pela busca de novas tecnologias, conjuntamente à progressiva especialização da prática médica. Notava-se o contraste entre o enfoque curativo e o preventivo, entre a assistência individual e a coletiva (SILVA & CALDEIRA, 2010).

Além da eminente preocupação com a arquitetura da Nova Capital, propunha-se a oferta de serviços públicos modernos em relação não só às demais regiões do país, mas como também a nível internacional. Com essa finalidade, buscou-se uma organização do que hoje denominamos SUS, com um pensamento voltado para uma visão sistêmica e integral com vistas a oferecer, universalmente, serviços equitativos de saúde, dentro de um modelo assistencial voltado aos diversos aspectos relacionados com a manutenção da saúde e sua pronta recuperação (PINHEIRO & FIGUEIREDO, 2011).

Nessa perspectiva, sistema de saúde do DF, era executado em torno de dois principais Planos de Saúde, a saber: Bandeira de Mello (1960) e Jofran Frejat (1979). O primeiro propôs a criação de uma instância de gestão designada Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), subordinada à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e integrada por estruturas hospitalares de diferentes níveis de complexidade e uma rede de serviços básicos, oferecendo assistência a uma população de meio milhão de habitantes (KANIAK, 1999).

O Plano de Saúde Bandeira de Mello (PBM) estruturava os serviços com nítida separação entre as áreas de ação dos órgãos executivos e normativos e ainda propunha uma estrutura considerando a distribuição de centros de saúde e hospitais por grupos populacionais, livre escolha do usuário que prestaria assistência à saúde, pagamento aos profissionais médicos por produtividade, eliminação da multiplicidade de organismos assistenciais, comodidade para a população, evitando deslocamentos, possibilidade de atendimento assistencial particular, serviço de atendimento domiciliar e o que mais interessa para esse estudo, a participação da sociedade na solução de limitações no setor por meio dos Conselhos Comunitários de Saúde (GOTTEMS et al, 2009).

O Plano Jofran Frejat (PJF), inspirava-se no ideário de Alma Ata, apoiando-se na estratégia do cuidado primário prestado em postos rurais e nos centros de saúde, com a oferta de especialidades básicas para cada 30 mil habitantes. Com a implementação deste plano, construiu-se os atuais hospitais regionais em cada Região Administrativa (R.A.) e um Hospital de Base, referência para a alta complexidade (GOTTEMS et al, 2009).

Instituiu-se a hierarquia na assistência, a referência e a contra-referência, além da regionalização dos serviços, que mais tarde seriam entendidos como princípios organizativos do SUS (GOTTEMS et al, 2009).

Estudos que avaliaram a proposta do PJF indicaram que, em termos de infraestrutura física, houveram avanços no cuidado primário. Entretanto, constatou-se limitação na formação de profissionais adequados ao modelo implementado, resultando no gradativo retorno da demanda espontânea aos serviços de emergência hospitalar e abandono dos centros de saúde pela população e pelos profissionais, algo similar aos dias atuais (PINHEIRO & FIGUEIREDO, 2011).

Uma das diferenciações entre o PBM e o PJF se dá pelos regressos e dificuldades de envolvimento da comunidade na vocalização de demandas, a centralização da gestão e a baixa permeabilidade das questões sociais ocorridas no PJF (al., 2009).

Outra diferenciação possível, trata-se do destaque que o PBM deu à construção de unidades hospitalares, inclusive rurais, destoante das ações do PJF, implantando uma concepção coerente com o ideário político da época, que privilegiava a incorporação de tecnologias na medicina, sob os influxos do paradigma hospitalocêntrico e curativista do Modelo Flexneriano⁴ (al., 2009).

Em síntese, pode-se dizer que, nesse período, foram lançadas as bases da política de saúde do DF, sendo parte de suas estruturas físicas e de recursos humanos ainda hoje existentes, tendo preocupação em planejar a regionalização, mas em pouco efetivá-la.

Os Estados Brasileiros têm um histórico de descentralizar e regionalizar a saúde desde a sua constituição, contudo, o DF dá início somente em 2010, por meio do Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPAS). Todavia, o PDPAS limita-se somente à repasses de recursos, sem apresentação de metas e resultados pelos gestores locais (BRASIL, 2015).

⁴Modelo Flexneriano é visto conceitualmente como um modelo estimulador à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento e ainda, como formação clínica em hospitais, numa perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde (ALMEIDA FILHO, 2010).

4. OBJETIVO

4.1. Geral

- Apresentar o contexto da descentralização e regionalização no Distrito Federal no período de 2011 a 2015, na perspectiva do Controle Social em Saúde;
- Analisar a implantação do Decreto 37.057 de 2016 (Anexo I) no Distrito Federal, seus desdobramentos e possíveis impactos na estrutura e organização da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF e na atuação do Controle Social em Saúde da região.

4.2 Específico

- Analisar as atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal – CSDF, no período intraconferencial, compreendendo os anos de realização da 8ª (2011) e 9ª (2015) Conferência de Saúde do Distrito Federal, buscando compreender como se deu o debate em busca pela descentralização da gestão no decorrer de uma conferência e outra;
- Analisar as propostas existentes nos relatórios da 8ª e 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal no que tange à descentralização e regionalização da saúde;
- Realizar análise comparativa das demandas levantadas pelo controle social do DF acerca da descentralização e regionalização em saúde, no período intraconferencial (2011 a 2015), com as determinações do decreto 37.057/2016;
- Analisar as determinações do Decreto 37.057 de 2016 no Distrito Federal, que trata da estrutura administrativa da SES/DF em 2016;
- Comparar o organograma da SES/DF antes e depois da publicação do Decreto 37.057 de 2016.

5. MÉTODO

5.1. Tipo do estudo

Os objetivos desse trabalho serão alcançados através de estudo descritivo, com abordagem qualitativa.

Uma categoria muito utilizada dentre os estudos não experimentais é o descritivo, utilizado para coletar descrições detalhadas das variáveis existentes (COUTO, 2010). Este estudo se classifica como descritivo porque visa descrever as características de determinada situação de implementação de uma possível nova organização de gestão dos serviços de saúde do Distrito Federal.

A abordagem qualitativa foi realizada através da análise documental dos relatórios da 8º e 9º Conferências de Saúde do Distrito Federal, e das atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF) a partir de 2011, tendo como abordagem específica a análise de conteúdo.

A análise de conteúdo, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2009). É definida em três eixos:

- (i) Análise prévia dos dados;
- (ii) Exploração do material;
- (iii) Tratamento dos resultados com a possibilidade de dedução e a interpretação, favorecendo a obtenção dos resultados e a discussão dos mesmos.

O estudo dispensou aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que se utilizou de dados secundários e informações públicas, sem realizar procedimentos ou entrevistas com seres humanos.

5. 2. Período de análise

Divide-se em dois períodos: (i) Etapa 1: análise das atas e relatórios de conferência e (ii) Etapa 2: análise do Decreto 37.057 e *site* da SES/DF.

As Conferências de Saúde do Distrito Federal, que compõem a penúltima etapa até chegar-se à Conferência Nacional, seguindo o período de realização das conferências, devem

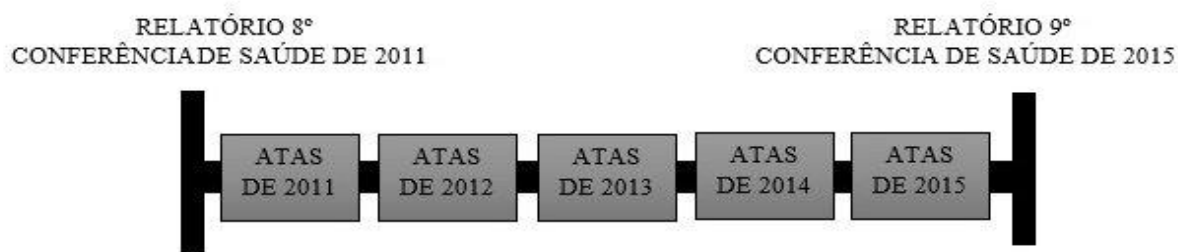
ocorrer de quatro em quatro anos (BRASIL, 1990c).

Visando atender aos objetivos deste escrito, que buscam trazer resultados sobre o contexto do processo de descentralização e regionalização da saúde do Distrito Federal, entende-se que este percurso seja possível de ser realizado a partir do ano de 2011, ano em que ocorreu a penúltima Conferência de Saúde do DF e a análise desse contexto pode-se dar a partir da comparação entre os relatórios das duas últimas conferências, compreendendo assim o período de realização da 8ª e da 9ª Conferência, e 2011 e 2015 respectivamente.

Neste interstício 2011 a 2015, analisou-se as atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal, que diferentemente das conferências, possui caráter permanente e realiza reuniões mensais, objetivando extrair produtos que pudessem contribuir para o fortalecimento da proposta que emerge no relatório da última conferência realizada na região, referente à descentralização e regionalização.

- Em síntese, os documentos analisados na Etapa 1 desse estudo ocorreram de acordo com a figura 1 que segue:

Figura 1. Período de análise da Etapa 1 do estudo, 2011-2015.



Fonte: elaboração própria do autor.

- A Etapa 2 consistiu na análise do Decreto 37.057/2016 que determina o processo de regionalização no DF (Anexo I) e das informações constantes no *site* da SES/DF referentes à regionalização.

5. 3. Procedimentos de coleta e análise dos dados

O estudo utilizará como abordagem metodológica a análise documental em três etapas:

1. Busca e levantamento dos relatórios oficiais da 8ª e 9ª Conferências de Saúde do Distrito Federal, dos decretos que instituíram a nova organização política

administrativa do DF, das atas do CSDF disponíveis no site da SES/DF a partir do ano de 2011 até dezembro de 2015 e Decreto 37.057/2016.

2. Construção de matriz de análise (Quadro resumo, anexo II e III), leitura e categorização dos documentos com enfoque nos principais direcionamentos sobre a descentralização, regionalização e autonomia de recursos humanos e financeiros.

3. Análise de conteúdo sobre as abordagens no que dizem respeito à descentralização, desconcentração da gestão da saúde e a sua possível relação com o princípio organizativo da regionalização.

Os critérios de inclusão dos documentos para a análise serão: ser publicado no período escolhido (2011-2016), ter autoria atribuída ao CSDF, à SES/DF ou ser legislação procedente (lei, portaria e/ou decreto). Para o presente estudo, partiu-se da busca pelas palavras “descentralização”, “regionalização” e “autonomia” nos documentos.

A palavra autonomia, embora não seja um princípio organizativo do SUS, apresenta-se como um sinônimo usual para aqueles que executam ou estudam descentralização, justificando-se assim a sua aplicação para obtenção de resultados deste estudo.

Elaborou-se categorias de análise, contando com auxílio do *software* de análises qualitativas, denominado Maxqda. É possível, por meio desse software, elaborar categorias de análise e extrair núcleos e frequências de palavras que, posteriormente constituem-se em nuvens de palavras, facilitando a compreensão dos documentos analisados.

Analisou-se as informações sobre o processo de regionalização existente em aba específica no *site* oficial da SES/DF, sobre o histórico da regionalização, sua implantação e atualidades, disponível no endereço eletrônico <http://www.saude.df.gov.br/regionalizacao.html> com último acesso realizado no período de maio de 2016.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Contexto da descentralização, regionalização e busca pela autonomia por meio das atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal:

Coletou-se 80 atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho de Saúde do Distrito Federal – CSDF, relativas ao período de 2011 a 2015. Ao fazer a busca pelas palavras “*descentralização*”, “*regionalização*” e “*autonomia*”, de interesse para esse estudo, afunilou-se os documentos coletados obtendo-se como produto final 27 atas do CSDF analisadas. Para o descritor “*descentralização*”, encontrou-se 20 registros, enquanto que para “*regionalização*” e “*autonomia*”, resultou-se em 4 e 10 registros respectivamente.

Elaborou-se um quadro resumo (Anexo II) contendo o produto da sistematização desses registros que, apresenta ainda, a autoria da discussão, onde temos que o segmento gestor manifestou-se em maior número (n=13; 43,3%), seguido pelo segmento dos trabalhadores (n=7; 23,3%), enquanto que o segmento dos usuários, juntamente de expositores convidados manifestaram-se em igual número (n=5; 16,7% cada).

Utilizando o *software* Maxqda, extraiu-se e analisou-se o conteúdo das palavras individualmente, elaborando códigos analíticos. Assim, após compreender separadamente as três palavras, foi possível codificá-las a partir de eixos temáticos e gerar nuvem de palavras.

6.1.1. Análise da descentralização nas atas:

Para o Eixo Descentralização, elaborou-se três categorias de análise: (i) Descentralização de Projetos, Programas e Serviços; (ii) Descentralização Orçamentária e Financeira e (iii) Descentralização de Recursos Humanos. Para o Eixo Regionalização, construiu-se uma única categoria de análise, à qual denomina-se Regionalização de Serviços Específicos e para o Eixo Autonomia, foi possível formular duas categorias, a saber: (i) Autonomia do Controle Social e (ii) Autonomia da Gestão. Abaixo, apresenta-se didaticamente a elaboração destas categorias de análise contendo os trechos que substanciam a sua existência:

Quadro 2. Categorização de análise do eixo descentralização, atas do CSDF, 2011-2015.

EIXO DESCENTRALIZAÇÃO	
CATEGORIA	DESCRIÇÃO

Descentralização de Projetos, Programas e Serviços	<i>“Projeto AMEI - Descentralização no atendimento para o nível secundário”.</i>
	<i>“Colocou que será instalada uma farmácia de alto custo na Ceilândia com objetivo de descentralização”.</i>
	<i>“Projeto de descentralização dos serviços do componente especializado da assistência farmacêutica/SES-DF”.</i>
	<i>“Sugeriu maior amplitude do alcance do programa, com a descentralização para as cidades satélites”.</i>
	<i>“Descentralização de responsabilidade do ponto eletrônico na SES-DF”.</i>
Descentralização Administrativa, Orçamentária e Financeira	<i>“Apresentou ações a curto, médio e longo prazo nos setores mais críticos com a finalidade de estabelecer o novo modelo de gestão que será focado na descentralização e no ponto de vista administrativo e financeiro”.</i>
	<i>“Tem-se, respectivamente, reconstrução do modelo assistencial, a gestão de leitos, gestão, planejamento, orçamento e financiamento, apoio técnico para o desenvolvimento de processos de descentralização administrativa, orçamentária e financeira para as regiões de saúde da SES-DF”.</i>
	<i>“Os processos já em curso para proceder a descentralização da administração SES”.</i>
Descentralização de Recursos Humanos	<i>“Explicou que a proposta do CSDF é a descentralização dos recursos humanos neste momento”.</i>
	<i>“Destacou que deve ser solicitado pela mesa de negociação do sus a discussão da descentralização dos recursos humanos na SES – DF”.</i>

Fonte: atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal, 2011-2015.

A análise desse quadro sugere uma maior preponderância da busca pela descentralização de projetos, programas e serviços, quando comparada aos dois outros achados, uma vez que os registros foram quantitativamente superiores, considera-se que o quadro apresentado resume os trechos encontrados. Observa-se que no decorrer do período estudado, o CSDF esteve empenhado em discorrer pela descentralização de especificidades dos serviços.

Em um estudo realizado na Paraíba, analisou-se aplicação dos recursos federais descentralizados, destinados à Assistência Farmacêutica Básica em Municípios evidenciando relevantes problemas de gestão, muitos deles evitáveis pelo simples respeito às normas

existentes na legislação do SUS (BRUNS et al, 2014).

Assim, inferiu-se que ainda há um longo percurso a ser construído para a efetivação e qualificação dos serviços farmacêuticos, sendo imprescindíveis a conduta dos entes governamentais, no sentido de se profissionalizar a gestão pública, evitar toda e qualquer perda de recursos, tanto pela ineficiência administrativa, quanto pelos desvios e fraudes na condução da Política de Assistência Farmacêutica (BRUNS et al, 2014).

Em estudo recente sobre o processo de descentralização e regionalização da Espanha, apresentam-se dimensões metodológicas e algumas categorias semelhantes às encontradas pela categorização da análise deste estudo, a saber: dimensão da descentralização administrativa e financeira, apresentando contexto do Estado e contexto da Política de Saúde (PEREIRA et al, 2015). Compreende-se nesse estudo que, a dimensão de descentralização administrativa no papel do Estado refere-se à transferência de poder e responsabilidades para a gestão de políticas e programas.

Para a dimensão descentralização no contexto da Política de Saúde, compreende-se que descentralização administrativa refere-se à transferência da autoridade sanitária, que envolve o poder para a tomada de decisão, quanto à formulação, planejamento e regulação da política de saúde (PEREIRA et al, 2015).

Tratando-se da dimensão descentralização financeira, no contexto do Estado, compreende-se a transferência de poder para instituir e arrecadar tributos da sua competência, bem como para a gestão orçamentária pelos governadores, enquanto que no contexto da Política de Saúde, envolve-se a transferência de poderes para manejar o orçamento e decidir sobre gastos e investimentos em saúde (PEREIRA et al, 2015).

No que se refere à terceira categoria apresentada no quadro, denominada descentralização de recursos humanos, houve dificuldade em detalhar esse achado, visto que não foi exemplificado nas atas. Dessa forma, é limitante inferir interpretação visto que a discussão é bastante direta, com breves afirmações sobre o que se deseja, é possível apenas apresentar o que entende-se por recursos humanos, onde diferentemente da lógica das ciências administrativas que reduz os recursos humanos à sua condição funcional (HARTZ, 1997), passa-se a enxergá-los como imprescindíveis para consolidação do SUS e não somente recursos do processo (VIEIRA, 2006).

Comparando-se as categorias estabelecidas com a nuvem de palavras obtidas, entende-se que existe sincronia entre as mesmas, onde ambas inter-relacionam a descentralização com a gestão, orçamento, recursos humanos, assistência e a própria SES/DF, conforme dinamicamente apresenta-se:

Quadro 3. Nuvem de palavras do descritor descentralização das atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal, 2011-2015.



Fonte: Maxqda.

Reitera-se que ao analisar o quadro, sugere-se uma conexão entre as palavras Descentralização da SES/DF, descentralização da Assistência Farmacêutica, Descentralização do Conselho de Saúde do Distrito Federal, descentralização dos processos, orçamentos, recursos humanos e modelo de gestão, estando em consonância com a categorização proposta pelo estudo.

6.1.2. Análise da regionalização nas atas:

A vasta literatura, debruça-se em apresentar a regionalização como consequência da descentralização (PEREIRA, 2015; SANTOS, 2015; VIANA 2014) e ainda, como meio de desenvolver a participação social no processo decisório do sistema de saúde (HORTALE, 1997; BORJA, 1989). Assim introduzido, busca-se apresentar os resultados deste estudo, bem como discuti-los considerando as especificidades que o DF acarreta constitucionalmente para si e que influencia a execução do sistema na região. O quadro a seguir (Quadro 4), sistematiza os achados sobre os anseios da implantação da regionalização no DF, conforme:

Quadro 4. Categorização de análise do eixo regionalização, atas do CSDF, 2011-2015.

EIXO REGIONALIZAÇÃO

CATEGORIA	DESCRIÇÃO
Regionalização de Serviços Específicos	<i>“Plano diretor de regionalização da coleta de sangue do distrito federal 2012/2015 - o conselheiro [...] realizou apresentação do projeto e comentou que o usuário estava satisfeito com o serviço prestado pelo hemocentro”.</i>
	<i>“Projeto de regionalização da coleta de sangue, pelo conselheiro [...], para discutir sobre a comissão do conselho regional de sobradinho e CSDF”.</i>
	<i>“Plano diretor de regionalização do sangue do distrito federal - FHB – SES/DF foi distribuído para conselheiro [...]. A conselheira [...] se ofereceu para contribuir na análise do processo”.</i>

Fonte: atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal, 2011-2015.

Analisando os produtos capturados dos documentos, extraiu-se a categoria “Regionalização de Serviços Específicos”, onde nota-se um pleito em utilizar um instrumento de planejamento e coordenação do processo de regionalização, denominado Plano Diretor de Regionalização (PDR) para a prestação de um serviço específico, a saber: coleta de sangue. Contudo, o PDR encaminha-se como um mecanismo que expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde e não da maneira pretendida pelo pleito (BRASIL, 2011).

A busca pela regionalização, apresenta-se timidamente como proposta e fruto de discussões por parte dos conselheiros, sendo limitante a sua análise. Fazendo análise comparativa entre as categorias elaboradas e o quadro de nuvem, evidencia-se sincronia entre os produtos encontrados, uma vez que, categoricamente existe a preponderância entre as palavras regionalização e Plano Diretor de Coleta de Sangue, demonstrando uma busca pela regionalização de serviços específicos. Assunto relevante a ser considerado, uma vez que a regionalização, entre outras, busca ampliar a oferta do cardápio de serviços ofertados e não a individualidade dos mesmos (MONTI, 2015).

O que denominaríamos como regionalização ampliada do sistema, que aglomera serviços de saúde por fatores territoriais, sociodemográficos e econômicos, passa a ser sugerida como regionalização temática, uma vez que se nota o anseio em regionalizar serviços de saúde específicos tal como demonstra-se a nuvem de palavras de regionalização das atas (Quadro 5) e a categorização deste estudo sobre a matéria.

Quadro 5. Nuvem de palavras do descritor regionalização das atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal, 2011-2015.

Assistência CSDF Centro	Coleta Conselheiro	Conselho DF	Diretor
Plano	Processo Projeto	REGIONALIZAÇÃO	
Regional SES			
Sangue saúde			
discutir hierarquização inclusão públicos saúde serviços universalização usuário			

Fonte: Maxqda.

Note que, assim como elencado pela categorização do estudo, existe uma inter-relação entre as palavras e o núcleo de sentidos regionalização, Plano Diretor, Coleta de Sangue e Conselheiros, reafirmando também a sistematização estabelecida.

6.1.3. Análise da autonomia nas atas:

A intenção desse estudo em incluir a palavra “autonomia” e o seu contexto nas análises, se deu pelo fato dessa estar intrinsecamente relacionada às reflexões em torno da descentralização e regionalização em saúde que são, de fato, o cargo chefe desse escrito. Contudo, notou-se que a busca por autonomia, que emerge das discussões do Conselho de Saúde do Distrito Federal, conforme aponta os trechos, se dão pela autonomia individual de conselheiros ou ainda, pela autonomia em recursos físicos e materiais.

O SUS tem avançado nacionalmente com relação à descentralização do ente federativo para o estadual e municipal, assim como com a democratização das políticas públicas, transferindo-se para a gestão local novas responsabilidades e recursos públicos capazes de fortalecer o Controle Social em Saúde (CSS), bem como a atuação dos atores sociais nas decisões da política de saúde. Em acordo com esses propósitos, adota-se uma postura que possibilite a legitimidade do Controle Social em Saúde, considerando algumas de suas condições essenciais e dentre elas a autonomia (ASSIS & VILLA, 2003).

Assim sendo, entende-se que as manifestações dessa matéria citada pelos conselheiros no período analisado referem-se à busca pelo reforço da autonomia já garantida e institucionalizada e não que seja implementada, uma vez que as legislações vigentes já a prevejam.

Quadro 6. Categorização de análise do eixo autonomia, atas do CSDF, 2011-2015.

--

EIXO AUTONOMIA	
CATEGORIA	DESCRIÇÃO
Autonomia do Controle Social	<i>“Colocou que o conselho de saúde da regional tinha autonomia para tomada da decisão”.</i>
	<i>“Considerando a lei nº 4.604, de 15 de julho de 2011 que dispõe [...] Diz que o governo do distrito federal garantirá, por meio da SES, autonomia, instalação física, condições materiais, quadro de pessoal, dotação orçamentária própria e capacitação dos conselheiros para o funcionamento do CSDF”.</i>
	<i>“O conselheiro [...] sublinhou que a matéria foi individualmente colocada pelos participantes e fez ponderações a respeito da resolução nº 453, que delega autonomia ao conselheiro de que quando necessário possa exigir apoio técnico, mas que se deve tomar o cuidado de não delegar a outros as suas funções”.</i>
	<i>“O conselheiro [...] teceu comentários sobre a utilização dos recursos e questionou a falta de autonomia do CSDF para administração dos recursos, ressaltando que o problema está no rito para sua utilização”.</i>
	<i>“Conselheiro [...] opinou que é um momento importante para reafirmar a identidade e autonomia do conselheiro do CSDF perante o conselho de administração do fundo de saúde”.</i>
Autonomia da Gestão	<i>“Opinou que um caminho pode ser a descentralização da gestão e a condição de certa autonomia na gestão”.</i>

Fonte: atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal, 2011-2015.

As categorias estabelecidas, confirmam que existe a busca pela garantia das condições de funcionamento dos Conselhos de Saúde, do ponto de vista administrativo, financeiro e técnico. O funcionamento pleno do CSS deve ser garantidos no orçamento das Secretarias. Essa garantia deve se dar desde o espaço físico até pessoal de apoio e administrativo para a execução das atividades, devendo ser valorizados, também, estudos de problemas detectados pelos representantes e elaboração de instrumentos que facilitem as decisões dos conselheiros (ASSIS & VILLA, 2003).

Buscou-se comparar os dados existentes na categorização da busca pela autonomia com os achados gerados pela nuvem de palavras, onde demonstra-se uma similaridade entre os produtos, mas sobretudo, a interface da autonomia com as funções do CSDF e em menor evidência com o princípio da descentralização, conforme o quadro que segue:

Quadro 7. Nuvem de palavras do descritor autonomia das atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal, 2011-2015.

AUTONOMIA	Administração	CSDF	Complementar
Conselheiro Conselho	FSDf Fundo	Governo LEI Regimento	Regional SES SUS
Saúde	Secretário Sistema atendimento autorização capacitação cidade competências	descentralização	estratégias finanças
funcionamento funções	gestão	inclusão ingerência instalação orçamento participação	pessoal solução vidas

Fonte: Maxqda.

Novamente, nota-se a relação estabelecida pelas palavras e núcleo de sentidos: autonomia e Conselho de Saúde do Distrito Federal, autonomia e Conselho, autonomia e Conselheiros, autonomia e saúde, autonomia e gestão, autonomia e administração. Dessa forma, entende-se que de fato existiu discussão em torno da autonomia dessa instância em maior abrangência, quando analisado o contexto do pleito que envolvia o descritor autonomia.

6.2 Contexto da descentralização e regionalização por meio dos Relatórios Finais de Conferências de Saúde do Distrito Federal:

Coletou e analisou-se os Relatórios Finais da 8ª e 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal. Similarmente à análise ocorrida para as atas do CSDF, utilizou-se das palavras “*descentralização*”, “*regionalização*” e “*autonomia*”, para compreender o que estes relatórios traziam sobre a temática. Elaborou-se um Quadro Resumo (Anexo III) que apresenta na íntegra as propostas elencadas pelos Conselheiros de Saúde, no que tange aos assuntos de relevância para esse estudo e que compõem os relatórios analisados.

Diferentemente da análise das atas, não foi possível gerar frequência quantitativa dos segmentos, pois os relatórios da CSDF não fazem menção aos segmentos representativos (usuário, trabalhador e gestor), apresentando somente as propostas que são obtidas por meio de consenso entre os segmentos.

No relatório final da 8ª Conferência de Saúde, encontrou-se três registros para a palavra “*descentralização*”, cinco registros para a palavra “*autonomia*” e nenhum registro para a palavra “*regionalização*”. Analisando o relatório final da 9ª Conferência de Saúde, esse panorama inverte-se, sendo possível encontrar doze registros para a palavra “*descentralização*”, três registros para a palavra “*regionalização*” e onze registros para a palavra “*autonomia*”. Observa-se que houve um maior pleito pela descentralização ao comparar-se ambos relatórios e ainda que, a regionalização surge na companhia desse pleito,

ainda que em menor número. Categorizou-se, separadamente, ambos os relatórios aonde podemos formular seis núcleos temáticos, sendo divididas em três categorias para cada relatório analisado.

6.2.1. Análise do Relatório Final da 8ª Conferência de Saúde do Distrito Federal, 2011

Dentre os resultados encontrados, destaca-se a inexistência de proposituras em torno da regionalização neste relatório, tanto pela unidade de palavra “regionalização” no documento, quanto pelo seu contexto, significado e conceito. Destaca-se ainda a sobreposição pela descentralização que se encontra como uma maior frequência das propostas, podendo ser acompanhada no quadro que segue:

Quadro 8. Categorização de análise da descentralização e autonomia proposta pelo Controle Social em Saúde do Distrito Federal, na 8ª Conferência de Saúde do Distrito Federal, 2011.

RELATÓRIO FINAL 8ª CONFERÊNCIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL	
CATEGORIA	DESCRIÇÃO
Descentralização de Insumos e Serviços de Saúde	“Descentralização da farmácia de alto custo para as regionais de saúde”.
	“A descentralização do elenco de medicamentos especializados e de programas estratégicos em todas as unidades de saúde do Paranoá”.
Autonomia Administrativa e Financeira	“Descentralizações do financiamento, criando unidades gestoras com autonomia financeira, assegurando a transparência para acompanhamento dos gastos públicos e a aplicação dos 15% do PIB no SUS, sendo 70% para o setor público e 30% do setor privado, invertendo-se a lógica de financiamento que hoje é de 60% para o setor privado e 40% para o setor público”.
	“Reorganizar o organograma da SES/DF, revendo as atribuições e definindo os requisitos para os cargos dirigentes, fortalecendo a gestão local especialmente a da atenção primária, com acompanhamento do controle social local e autonomia às direções locais para a escolha da sua equipe considerando critérios técnicos”.
Autonomia Cidadã	“Destacar a importância da juventude neste processo, como também, implementar educação em saúde, com temas de cidadania e participação, nas escolas e instituições de ensino, visando a promoção da autonomia e a identificação e formação de lideranças afins com as especificidades do setor de saúde”.
	“Estabelecer que o vínculo aos benefícios da assistência social seja disponibilizado por tempo determinado e limitado, estimulando políticas que promovam as condições para que o beneficiário saia da condição de vulnerabilidade social, fortalecendo sua autonomia”.

Fonte: Relatório Final da 8ª Conferência de Saúde do Distrito Federal, 2011.

Na 8ª CSDF nota-se, por meio da categorização sistematizada no quadro resumo que, existe uma maior proximidade em se propor autonomia administrativa, beirando como

sinônimo à descentralização, tal qual preconizado para sua inserção no estudo. Contudo, surpreende o surgimento da busca pelo que denomina-se autonomia cidadã, onde procura-se promover o que estudiosos denominam “empoderamento”.

O “empoderamento” da sociedade, para que a mesma seja protagonista de sua história tem sido um termo que entrou para o vocabulário das políticas públicas e dos estudiosos, neste novo milênio. É visto na saúde como prática destinada a promover e impulsionar grupos, no sentido de seu crescimento, autonomia, melhora gradual e progressiva de suas atitudes (GOHN, 2004).

Comparativamente, as análises do quadro e da nuvem encontram-se em consonância, contudo, a autonomia emplacada pelos delegados referem-se de modo diferenciado aos encontrados nas atas. Existe uma busca pela autonomia da saúde, da gestão descentralizada (Quadro 9).

Quando 9. Nuvem de palavras contendo análise dos descritores autonomia, descentralização e regionalização do relatório final da 8ª Conferência de Saúde do Distrito Federal, 2011.

8080	AUTONOMIA	DESCENTRALIZAÇÃO	Democrática	Gestão	Implementar
Modelo	Participativa	Regionais	SES	SUS	acompanhamento
assistência	atendimento	autonomia	complementar	continuidade	cumprimento
educação	elenco	ensino	estimulando	farmácia	financeira
financiamento	formas	fortalecendo	garantindo	gestão	juventude
local	medicamentos	melhoria	políticas	prestação	privado
público	qualificar	regionais	saúde	serviços	setor
social	territórios	técnicos	unidades	usuários	

Fonte: Maxqda.

É possível notar o destaque às palavras: autonomia, gestão, regionais, saúde, setor e social. Essa ferramenta, corrobora com os achados anteriores e ainda, apresenta novas temáticas a serem estudadas, tais quais o surgimento da palavra regionais. Uma vez que o CSS do DF busca há um certo tempo a autonomia dos Conselhos de Saúde Regionais e que pela análise anterior não foi possível evidenciar. Reitera-se que, nesse relatório não foram identificadas propostas que incentivavam a implementação do princípio organizativo da regionalização na região do DF.

6.2.2. Análise do Relatório Final da 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal, 2015:

As três palavras, bem como propostas que condiziam com seus conceitos foram encontrados neste documento submetido à análise. Diferentemente do RF da 8ª CSDF, o RF da 9ª CSDF apresenta propostas em torno da regionalização. Entretanto, a regionalização é sempre acompanhada da descentralização, sendo tidas como consequências uma da outra não somente pela literatura, mas como também pelos executores e usuários da política de saúde vigente, analise o Quadro 10.

Quadro 10. Categorização de análise da descentralização, regionalização e autonomia proposta pelo Controle Social em Saúde do Distrito Federal, na 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal, 2015.

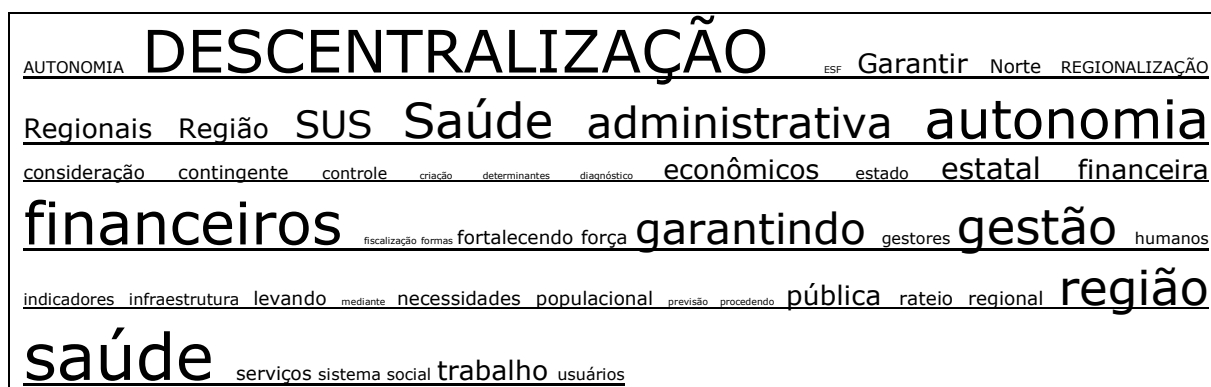
RELATÓRIO FINAL 9ª CONFERÊNCIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL	
CATEGORIA	DESCRIÇÃO
Descentralização Financeira	“Reestruturar o sistema de saúde do DF, efetivando a descentralização por regional de todos os recursos, especialmente financeiros, tendo como parâmetro os indicadores epidemiológicos de saúde, por meio de diagnóstico situacional construído de forma compartilhada entre gestores, trabalhadores e usuários, utilizando os instrumentos de gestão do SUS (monitoramento, avaliação, auditoria, ouvidoria e controle social) ”.
	“Descentralização política imediata dos recursos humanos, econômicos, orçamentários, financeiros, técnicos e administrativos - de fato e de direito, das regionais de saúde e por regiões de saúde”.
	“Garantir descentralização dos recursos públicos destinados à saúde do DF para as regionais de saúde, com percentual predeterminado, principalmente para os programas específicos que recebem custeios financeiros advindos do ministério da saúde, com mecanismos de fiscalização e controle social”.
Regionalização de Recursos	“Descentralização e regionalização dos recursos financeiros e autonomia administrativa e financeira das Regionais de Saúde do Distrito Federal, tendo por forma de rateio o contingente populacional da região administrativa e levando em consideração as necessidades de saúde de cada região”.
	“Descentralização e regionalização dos recursos financeiros e autonomia administrativa e financeira das Regionais de Saúde do Distrito Federal”.
Autonomia Financeira	“Autonomia administrativa e financeira das Regionais de Saúde do Distrito Federal, tendo por forma de rateio o contingente populacional da região administrativa e levando em consideração as necessidades de saúde de cada região”.
	“Os determinantes sociais e indicadores de saúde devem ser os fundamentos para a composição das equipes de atenção, fortalecendo a ESF, procedendo a descentralização estatal dos recursos econômicos, financeiros e da força de trabalho, permitindo a autonomia da Região Norte”.

Fonte: Relatório Final da 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal, 2011.

É possível entender a 9º CSDF como um marco pela busca da descentralização, uma vez que os resultados da análise do relatório final revelam que a descentralização da gestão protagonizou as propostas, conforme a justificativa do estudo.

A descentralização, nesse documento, surge acrescida da conectividade entre as palavras e núcleos de sentidos: descentralização e SUS, descentralização e saúde, descentralização e administrativa, descentralização e autonomia, descentralização e financeiros, descentralização e gestão, descentralização e região (Quadro 11). Diferentemente do relatório final da 8º CSDF, o relatório da 9º CSDF aponta algumas propostas em torno da regionalização, mas triplica e duplica, respectivamente o pleito pela descentralização e autonomia da gestão.

Quadro 11. Nuvem de palavras contendo análise dos descritores autonomia, descentralização e regionalização do relatório final da 9º Conferência de Saúde do Distrito Federal, 2015.



Fonte: Maxqda.

6.3 Análise comparativa entre as discussões evidentes em atas do CSDF e as propostas existentes nos relatórios da CSDF:

Observa-se que, a descentralização financeira, administrativa, de recursos humanos e de gestão, teve um destaque maior nas discussões ocorridas na instância colegiada do Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF) no período intra-conferencial, enquanto que o princípio da regionalização foi pouco debatido, sendo limitante, inclusive, para a sua categorização desse estudo. Em outras palavras, evidenciou-se a busca pela descentralização em maior relevância do que à implantação da regionalização como uma nova maneira de organizar a rede de serviços e atenção à saúde da região.

Por semelhante modo, notou-se que a descentralização também protagonizou as propostas nas Conferências analisadas e sendo ainda mais pleiteada na 9º Conferência. A análise envolto à regionalização, demonstrou que não foi fruto de propostas para implantação

no decorrer da 8ª Conferência, surgindo somente na 9ª Conferência, mas ainda em número significativamente afastado ao frequente pleito pela descentralização. Dessa forma, a regionalização surge como consequência, ou retaguarda à descentralização, uma vez que ao mesmo instante em que surge a busca pela regionalização, surge também pela descentralização. Esse fenômeno não ocorre quando se estuda a implantação da descentralização.

Uma similaridade encontrada entre pleitos analisados por meio das atas e dos relatórios foi a autonomia do Conselho de Saúde, ainda que esta seja garantida pelas normativas que o instituem na tessitura do SUS.

Em síntese, analisando os documentos e categorizando as discussões e propostas, afirma-se que o Controle Social em Saúde da região evidencia o anseio pela descentralização superiormente à busca pela regionalização que, surge em menor frequência tanto nas discussões permanentes do Conselho, quanto na Conferência de Saúde do Distrito Federal.

6.4 Análise da implantação do Decreto 37.057 na organização da rede de serviços de saúde do Distrito Federal e no Controle Social:

O Decreto 37.057, de 14 de janeiro de 2016 (Anexo I) determina a organização da rede de serviços por meio de sete regiões de saúde que serão conduzidas por superintendências regionais, denominadas “Superintendências de Regiões de Saúde”. Contudo, a normativa em questão não descreve quais seriam as competências, objetivos, função e demais informações necessárias para compreensão do que seriam este novo arranjo organizacional do setor saúde do Distrito Federal.

Possuindo 91 páginas, sendo 90 respectivas aos anexos, o referido decreto apresenta uma extensa descrição dos serviços que compõem cada uma das sete Superintendências. Determina ainda que os Conselhos Regionais de Saúde são órgãos vinculados às Superintendências, mas sem nenhum detalhamento sobre quantos conselhos permanecerão existentes, uma vez que na organização anterior existia um Conselho Regional de Saúde para cada uma das 15 regionais.

Até o momento da coleta desta pesquisa não houve alteração dos conselhos existentes, entretanto, questiona-se se haverá redução ou permanência dos 15 atuais para 7 Conselhos Regionais. A interpretação possível, é a de que continuarão existentes os 15 Conselhos Regionais, o que exigirá esforços para que os mesmos estejam articulados entre si para atuação frente à uma gestão única. Assim ressalta-se que esse ponto não foi encontrado nas

atas do Conselho Distrital no período analisado, fazendo-nos sugerir que estudos dos conselhos regionais sobre esse tema sejam realizados.

Contendo cinco artigos, a informação útil para análise desse estudo encontra-se também presente no Art. 1 e parágrafo único do decreto, tratando especificamente, mas sem muito detalhamento, das Superintendências e dos Conselhos Regionais de Saúde. Dessa forma, tem-se limitações em compreender por meios oficiais normativos como se dará a implantação da descentralização e regionalização na região do Distrito Federal, uma vez que o decreto aguardado para análise mostra-se vago sobre o assunto.

Todavia, buscando expor o retorno da SES para a implantação da descentralização e regionalização no DF proposta pelo Controle Social, extraiu-se informações do *site* oficial da supracitada secretaria que, por meio de aba específica, esclarece alguns itens importantes sobre o processo de regionalização no Distrito Federal (Figura 2).

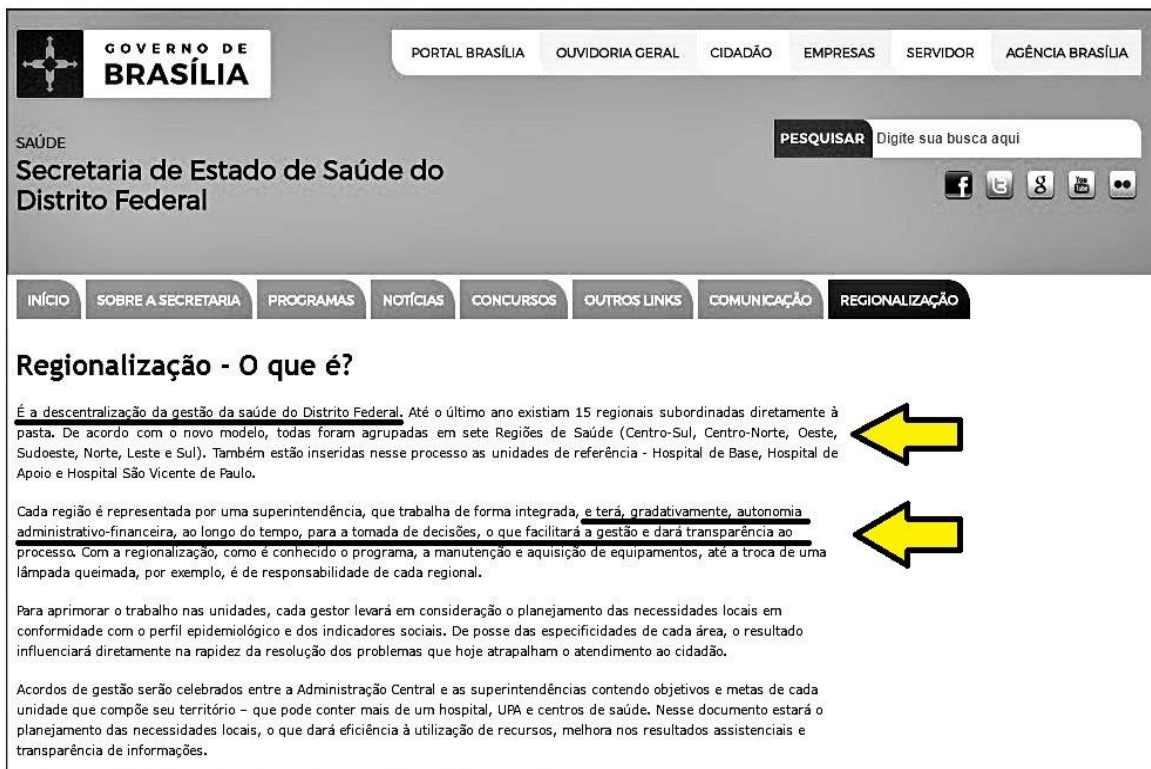
Figura 2. Aba específica para regionalização no site da SES/DF, 2016.



Fonte: *site* da SES/DF, maio de 2016.

A SES/DF declara a relação entre a regionalização e descentralização, apresentado uma como consequência da outra (Figura 3). Aponta a regionalização como a descentralização da saúde aonde relaciona as sete regiões estabelecidas e menciona a conjuntura anterior que organizava-se em 15 Regionais de Saúde.

Figura 3. Entendimento da SES/DF sobre regionalização, 2016.



Fonte: *site* da SES/DF, maio de 2016.

Note que diferentemente do Decreto 37.057/2016, o *site* da SES/DF apresenta o seu entendimento sobre a regionalização de maneira mais detalhada, o que poderia ser objeto de um parágrafo único e ou de descrições por meio de parágrafos, facilitando a compreensão dos executores da política de saúde do Distrito Federal, mas como também para todos aqueles que possam se interessar pelo assunto.

Destaca-se nessa figura duas relevantes informações: (i) a afirmação de que a regionalização é a descentralização da gestão da saúde do Distrito Federal e (ii) a autonomia gradativa para a tomada de decisão de responsabilidade de cada regional. A discussão que essas informações geram são de suma importância. Principalmente porque existe uma inconsistência entre a apresentação determinada nos decretos até o momento, que são a maneira oficial do executivo pronunciar-se em contrapartida, tem-se informações cedidas ao grande público que superam a relevância do instrumento legal em discussão, o Decreto 37.057/2016.

É possível notar neste instrumento analisado que a SES/DF detalha o processo de regionalização permeando as dúvidas frequentes até o histórico da matéria no Distrito Federal (Figura 4).

Figura 4. Histórico da regionalização no Distrito Federal, SES/DF, 2016.



Fonte: *site* da SES/DF, maio de 2016.

Nessa descrição, destaca-se a declaração de que a regionalização se refere à um planejamento da SES/DF, mas com execução tardia. Menciona-se a descentralização à nível nacional, onde novamente relaciona-se os princípios descentralização e regionalização. Faz menção ao PDPAS, do qual sabe-se das suas limitações financeiras e de tomada de decisão. Em item que trata das questões frequentes ao processo de regionalização (Figura 5), destaca-se a menção ao Programa de Gestão Regional em Saúde (PGRS) do qual buscou-se acesso, mas sem êxito.

Figura 5. Dúvidas frequentes sobre processo de regionalização e o PGRS, SES/DF, 2016.

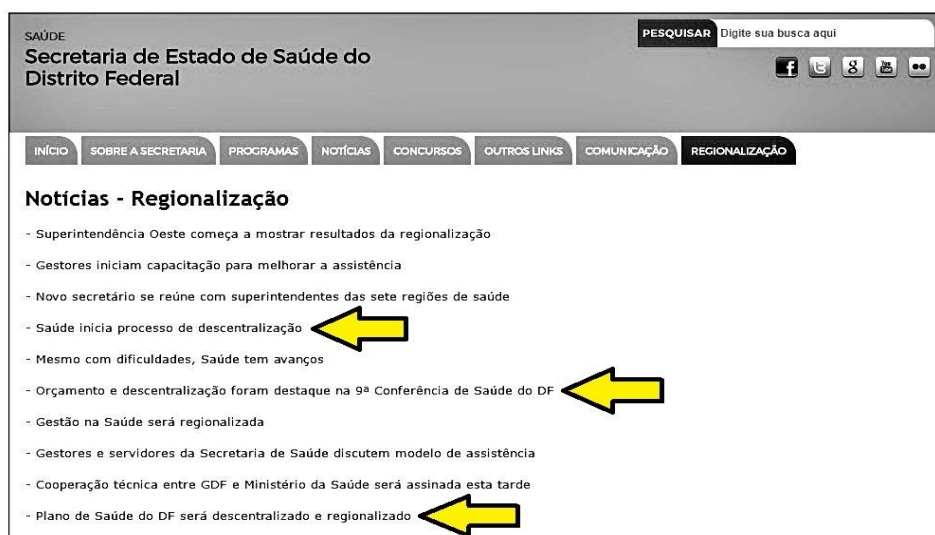


Fonte: *site* da SES/DF, maio de 2016.

Volta-se a destacar a regionalização como meio da descentralização da gestão em saúde no Distrito Federal, por meio do PGRS, mas a este instrumento não se tem acesso para acompanhar as suas determinações, planejamento e desenvolvimento.

As notícias anunciadas pela SES/DF corroboram com as interpretações obtidas nesse estudo, principalmente no que tange à descentralização pleiteada pelo Controle Social e a relação descentralização-regionalização implantadas recentemente (Figura 6). Tais notícias, compõem as informações existentes no *site* da SES/DF e representam o que há de mais atual sobre o assunto, ainda que as notícias tenham sido apresentadas com menor frequência.

Figura 6. Notícias sobre o processo de regionalização, SES/DF, 2016.



Fonte: *site* da SES/DF, maio de 2016.

Dentre as dez notícias anunciadas pela SES/DF, destacam-se três, por ordem de importância: (i) “Orçamento e descentralização forma destaque na 9ª Conferência de Saúde do DF”, (ii) “Plano de Saúde do DF será descentralizado e regionalizado” e (iii) “Saúde inicia processo de descentralização”.

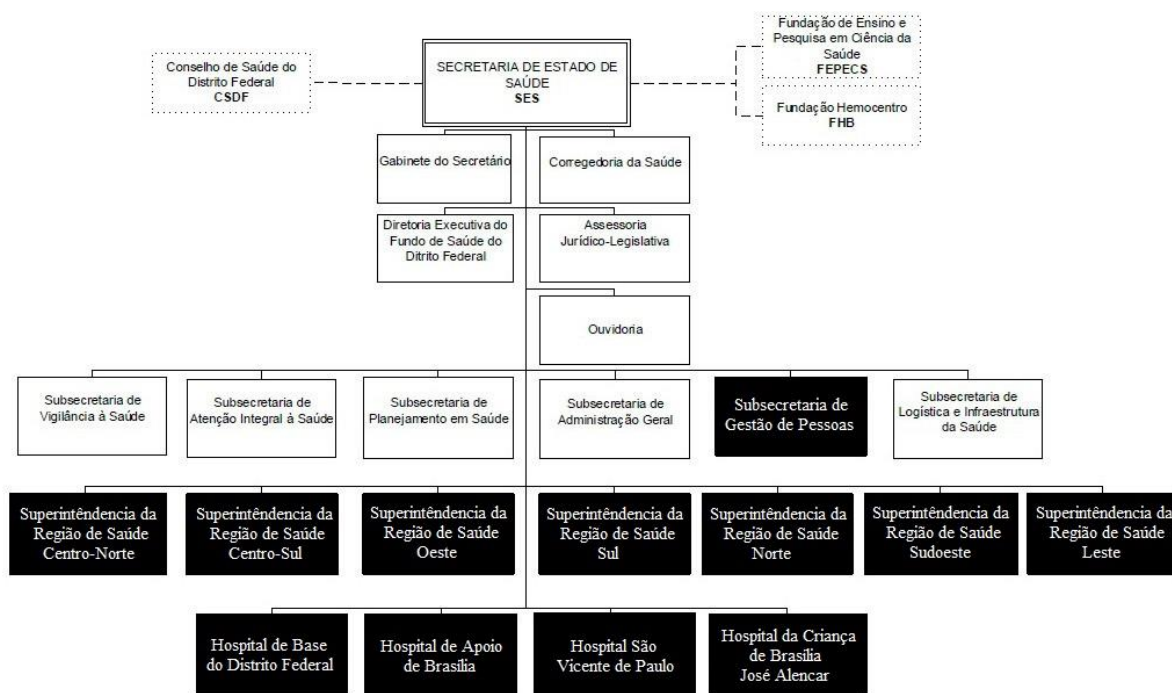
O atual Plano de Saúde do DF, assim como o decreto em voga (37.057), apresenta-se vago relação ao assunto e ainda que seja noticiada a descentralização e regionalização, torna-se limitante compreender até o momento tal implantação no Distrito Federal. O Plano Distrital de Saúde 2016-2019 aponta que o sistema de saúde no Distrito Federal caracteriza-se pela predominância de estabelecimentos de saúde sob a administração direta da SES DF, mas por não integrar os documentos analisados desse estudo, opta-se por evitar analisá-lo.

6.5 . Comparação do organograma da SES/DF antes e após o Decreto 37.057, de 14 de janeiro de 2016

O novo organograma da SES/DF, data-se de 14 de janeiro de 2016, concomitantemente à publicação do Decreto 37.057/2016. Embora não sejam evidentes algumas informações, o organograma encontra-se de acordo com as determinações do decreto.

O novo organograma acarreta para si algumas unidades de saúde que já eram existentes na estrutura da SES, mas que passa a compor o organograma como unidades de referência da alta complexidade da rede de serviços do sistema de saúde do Distrito Federal, por exemplo: Hospital de Base de Brasília e Hospital da Criança José de Alencar. O que surge realmente de novo para o organograma da SES/DF de janeiro de 2016, são as sete superintendências (Figura 7).

Figura 7. Organograma SES/DF pós-decreto, 2016.

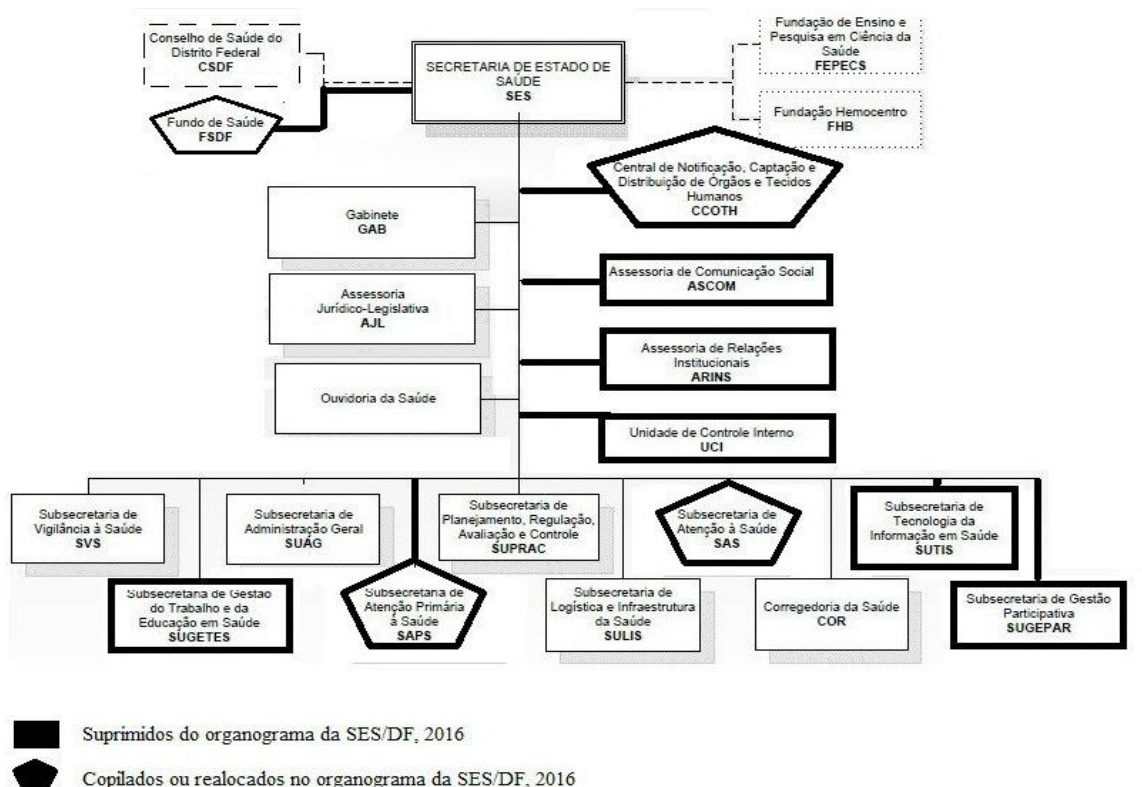


Inclusos no organograma da SES/DF, 2016

Fonte: SES/DF, maio de 2016.

O cronograma da SES/DF pré-decreto, contava com a existência de nove subsecretarias (Figura 8). Após a publicação do decreto, bem como do novo organograma, diminui-se esse quantitativo para seis subsecretarias. Alguns setores, tais como o Fundo de Saúde, a Central de Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos Humanos e as Subsecretarias de Atenção Primária e de Atenção à Saúde, permanecem na estrutura da SES, todavia são realocadas em níveis hierárquicos inferiores aos postos que ocupavam anteriormente. Buscou-se encontrar as atividades de alguns setores, tais como a Assessoria de Comunicação Social e da Subsecretaria de Gestão Participativa no atual Plano Distrital de Saúde, porém, não se obteve êxito, fazendo-nos interpretar a sua extinção do organograma, mas como também o seu redirecionamento para níveis setoriais hierarquicamente inferiores. O fato de ter perdido o posto de subsecretaria, impactaria as ações e o financiamento a esses assuntos? Tal fato apresenta-se como uma das limitações que esse estudo não possibilita determinar, dado que os documentos analisados ainda encontram-se incipientes sobre o assunto.

Figura 8. Organograma da SES/DF, antes da regionalização, outubro 2015.

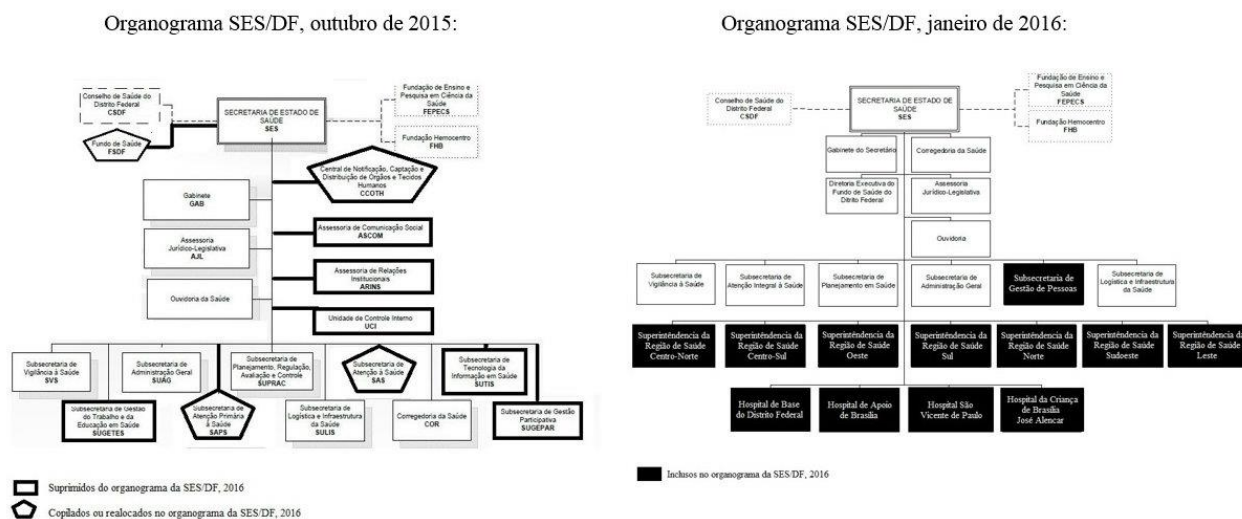


Fonte: SES/DF, outubro de 2015.

Questiona-se com as análises deste estudo, se a existência das regionais no organograma, quanto na estrutura da SES/DF seria algo positivo, representando maior legitimidade às regiões de saúde. Os documentos analisados não indicam isso, principalmente o Decreto 37.057 de 14 de janeiro de 2016, tornando essa uma nova limitação do estudo.

Analisando os referidos organogramas, fica evidente a presença de somente um Conselho de Saúde em ambas ilustrações (Figura 9). O decreto analisado possibilita a interpretação de permanência dos Conselhos de Saúde Regionais, contudo, não os insere no organograma atual.

Figura 9. Comparativo entre organogramas da SES/DF, outubro de 2015 e janeiro de 2016



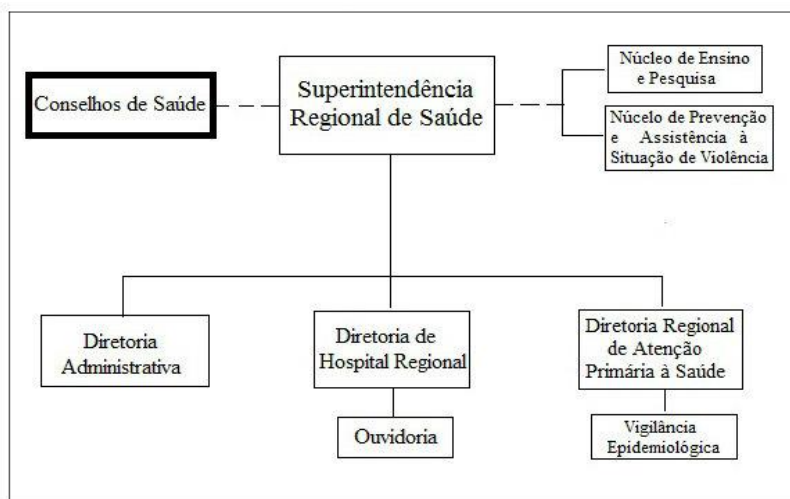
Fonte: SES/DF, maio de 2016.

Com a implantação da regionalização, busca-se também o desenvolvimento dos organismos de participação social (HORTALE, 1997). Desse modo, questiona-se ainda como realizar tal desenvolvimento, uma vez que não evidencia-se a participação destes junto ao Conselho de Saúde em nível Estadual e a eminente necessidade que terão em articularem entre si para demandar de um único gestor/superintendente as suas necessidades e proposições. Supõe-se que essa realidade não seja possível ser acompanhada em outra região, senão no Distrito Federal, uma vez que buscou-se estudos que abordassem o assunto, mas sem êxito, tornando uma oportunidade para estudos futuros e ainda uma limitação deste escrito.

Outra circunstância limitante, é o fato de não poder comparar os organogramas das regiões de saúde implantadas, pelo fato de (i) elas existiam de modo não oficial por meio de decretos e (ii) referem-se à uma estrutura relativamente nova no sistema de saúde do Distrito

Federal. Contudo, buscou-se analisar os organogramas das sete Superintendências Regionais de Saúde (Anexo IV), onde notou-se um esqueleto em comum (Figura 10).

Figura 10. Estrutura comum das sete Regiões de Saúde do Distrito Federal, 2016.



Fonte: adaptação realizada pelo autor a partir do organograma elaborado pela SES/DF, 2016.

Observa-se que, a gestão central das regiões de saúde foi unida e as estruturas foram preservadas, a exemplo da região norte, que determinou uma superintendência central e uniu as administrações dos Hospitais de Planaltina e Sobradinho e na oportunidade, também unificou a Atenção Primária em Saúde dessas duas Regiões Administrativas, tendo ambas um único Diretor Regional.

6.6. Demandas do Controle Social e retorno da SES/DF:

Frente à todas as exposições, é possível compreender que o Controle Social em Saúde do Distrito Federal constantemente buscou a descentralização da gestão, dos recursos humanos e financeiros da SES/DF nos instrumentos e período analisados, mas em contrapartida, a mesma apresenta a regionalização como meio de atender a esse pleito. A SES-DF apresentou, na prática, uma proposta de regionalização baseada no enxugamento das secretarias e criação das superintendências regionais. Como as atribuições das superintendências não foram detalhadas no Decreto, não há como saber se haverá o aumento efetivo da autonomia das regionais de saúde no DF. Entretanto, houve detalhamento do papel das superintendências no site, inclusive sobre aumento da autonomia. Contudo, a regionalização da forma como se apresenta indica implantação do princípio da

desconcentração, em que se atribui atividades, mas não as constitui de poderes plenos na tomada de decisão para poder incidir nos desafios e planejamentos cotidianos para a gestão em saúde.

Sendo o Distrito Federal uma realidade atípica das demais UF, questiona-se o quanto que a regionalização, efetivamente, precede da descentralização, conforme entende os estudiosos no assunto. Tal conformação é evidente na divisão dos Estados em Municípios, ou seja, a saúde foi municipalizada e os municípios possuem orçamento próprio. Eles precisaram se organizar em regiões de saúde para atender, entre outros princípios, a integralidade da atenção. Mas eles continuam sendo municípios. Entretanto, quando uma Unidade Federativa não tem municípios, e sim regiões administrativas, sem orçamento próprio, a regionalização necessariamente ocorreria com a precedência da descentralização? Essa configuração de regionalização é peculiar ao DF e não pode ser comparada a nenhuma outra UF do Brasil.

O Controle Social em Saúde no DF, princípio constitucional do SUS, teve importância para que sejam efetivados dois outros princípios para a unidade federativa: a descentralização política administrativa e a regionalização da rede de serviços de saúde. Em outras palavras, temos um princípio em busca de dois outros.

7. CONCLUSÃO

O Controle Social do Distrito Federal, por meios das suas discussões permanentes no Conselhos de Saúde e ainda pelas duas recentes Conferências de Saúde propõe acentuadamente a implantação da descentralização administrativa, financeira e de gestão e em contrapartida, a SES/DF funda as Superintendências de Regiões de Saúde.

A implantação das Superintendências pela SES/DF, da forma como apresenta-se as normativas que as instituem até o momento, assemelham-se ao princípio da desconcentração e não à descentralização proposta pelo Controle Social da região. Entende-se que a SES/DF transfere atribuições em âmbito administrativo e não a tomada de decisão para incidir sobre investimentos, orçamentos e financiamento em saúde, tornando a sua determinação um retorno desconcentrado de atividades e não à descentralização da gestão. O site falou de aumento de autonomia, mas não foi subsidiado pelo decreto.

Entende-se que existe legitimidade nas informações públicas cedidas pelo mecanismo de comunicação oficial da SES/DF, tal qual apresenta-se o site. Contudo, o modo operandi dos poderes constitucionais são determinados pela promulgação de mecanismos legais tais como decretos, portarias e entre outros. Dessa forma, questiona-se as inconsistências

encontradas entre o decreto e as informações do site, na tentativa de incentivar a SES a desde já buscar dar a legitimidade pleiteada pelo Controle Social e sobretudo, efetivar o SUS como a política de Estado que é.

Tem-se que a implantação da regionalização, da forma como apresentou-se nas normativas analisadas, atende parcialmente a demanda proposta pelas recentes Conferências de Saúde, sendo possível observar um foco para a descentralização administrativa de serviços e até então sem evidências da implantação da descentralização financeira e orçamentária sugerida. Entretanto, como o processo ainda está em andamento, essa situação pode ser alterada.

Dessa forma, esperava-se que o decreto 37.057 instituísse o Programa Regional de Gestão em Saúde, anunciado e descrito no *site* oficial da SES/DF e na oportunidade, descrevesse como se daria essa nova tessitura por meio da regionalização em saúde e demonstrando-se um instrumento que também atende aos anseios buscados pelo Controle Social em Saúde aqui estudados.

Uma discussão a ser considerada em estudos futuros, trata-se da oportunidade que a descentralização possa trazer para conjuntura da gestão da rede de serviços do Distrito Federal que busca a implantação das Organizações Sociais em Saúde para gerir unidades de serviços de saúde, iniciando-se pela Atenção Primária à Saúde da Superintendência Regional de Saúde Oeste instituída pelo decreto aqui estudado.

Por fim, analisando a forma como tem-se conduzido a implantação da regionalização, com limitações para compreensão do que significa essa nova organização política administrativa, acredita-se que por atender menos do que foi proposto, o Controle Social em Saúde do Distrito Federal pode permanecer elencando a descentralização político-administrativa e a regionalização nos moldes previstos pela legislação do SUS nas instâncias cabíveis e ainda na 10ª Conferência de Saúde do Distrito Federal.

Por não ter atendido o que se propunha e da forma como apresenta-se, acredita-se que possam haver impactos no funcionamento dos conselhos regionais existentes, pois acredita-se que não houve debate prévio, ao menos no nível distrital, para tratar do assunto. Dessa forma, sugere-se que estudos futuros analisem a implantação por meio dos Conselhos Regionais de Saúde e ainda, das próprias superintendências regionais de saúde.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, M. V. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros [Tese de Doutorado]*. São Paulo: USP, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01042014-114150/pt-br.php>>. Acesso em 21 jan. 2016.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Caderno de Saúde Pública*, 26, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003>. Acesso em 11 fev. 2016.

ASSIS, M. M, & VILLA, T. C. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 376-382, 2003.

BARDIN. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: LDA, 2009.

BORJA, J. Dimensiones teoricas, problemas y perspectivas de la descentralizacion del Estado. In: Borja, J. et al. *Descentralizacion del Estado: movimiento social y gestión local*. Barcelona, Instituto de Cooperacion Iberoamericana/FLACSO/CLACSO, 1987.

BRASIL. Lei n. 3.751, de 13 de abril de 1960. Dispõe sobre a organização administrativa do Distrito Federal, 1960. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-3751-13-abril-1960-354316-normaatualizada-pl.pdf>>. Acesso em 5 fev. 2016.

BRASIL. Lei n. 4.545, de 10 de dezembro de 1964. Dispõe sobre a estruturação administrativa do Distrito Federal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1964. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4545.htm>. Acesso em 23 mar. 2016.

BRASIL. Anais 8º Conferência Nacional de Saúde. *Democracia é saúde* (p. 430). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1990c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 9 dez. 2015.

BRASIL. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em 9 dez. 2015.

BRASIL. *Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em 14 jan. 2016.

BRASIL. Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em 1 fev. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Plano Diretor de Vigilância Sanitária*, p. 56, 2007a. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/pdvisa_livro.pdf>. Acesso em 15 abr. 2016.

BRASIL. *Sistema Único de Saúde: Coleção Progestores - para entender a Gestão do SUS*. Brasília: Centro de Documentação Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro1.pdf>. Acesso em 16 abr. 2016.

BRASIL. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema*. 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em 16 abr. 2016.

BRASIL. Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde . p. 50, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf>. Acesso em 16 abr. 2016.

BRASIL. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios* (3 ed.). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Deliberação n. 23, de 10 de junho de 2014. *Diário Oficial do Distrito Federal*. 2014. Disponível em: <<http://www.buriti.df.gov.br/ftp/default.asp>>. Acesso em 21 abr. 2016.

BRASIL. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Em C. N. Saúde, *Para Entender a Gestão do SUS – 2015* (1 ed. p. 127). Brasília, 2015.

BRASIL. ABC DO SUS: Doutrinas e Princípios. *Secretaria Nacional de Assistência à Saúde*, pp. 1-10, 1990a. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em 5 set. 2015.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 8º, Brasília, 1986. Anais 8º Conferência Nacional de Saúde, Brasília 1986. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p 35.

BRUNS, S. F; LUIZA, V. L; OLIVEIRA, E. A. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. *Revista Administração Pública*, 48. 2014. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/23571>>. Acesso em 3 abr. 2016.

CAMPOS, G. W. A regionalização é parte do caminho para fortalecimento do SUS: para atravessar o círculo de giz. In A. L. PEREIRA, *Regionalização é o caminho!* (1 ed., Vol. 4, p. 81). São Paulo: PYXIS EDITORIAL, 2015.

COHN, A. O Sistema unificado e descentralizado de saúde: descentralização ou desconcentração? *Revista São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 55-58, 1987. Disponível em: <http://www.cedec.org.br/files_pdf/osistemaunificadoedescentralizadodesaude.pdf>. Acesso em 5 maio, 2016.

CORONA, E; LEMOS, C. A. *Dicionário da arquitetura brasileira*. (1 ed.). São Paulo: EDART - São Paulo Livraria Editora LTDA, 1972.

COSTA, G. G. *As Regiões Administrativas do Distrito Federal de 1960 a 2011*. Brasília: UnB, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9987/1/2011_GracieteGuerraCosta.pdf>. Acesso em 11 maio 2016.

DAMIANI, A. P; MOREIRA, J. Entendimento dos educadores sobre promoção da saúde: formação e gestão em processos educativos. *Seminário de Educação, Conhecimento e Processos Educativos*, p. 1-7. 2015.

GARCIA, K. R, & CRUZ, M. S. O exercício das entidades sociais no âmbito do Conselho de Saúde do Distrito Federal. *Banco de Monografias UnB*, p. 69. 2015. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10845/1/2015_KerolynRamosGarcia.pdf>. Acesso em 11 nov. 2015.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade*, 20-31. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200003>. Acesso em 17 mar. 2016.

GOTTEMS, L. B; EVANGELISTA, M. S; PIRES; SILVA, P. A. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960-2007): anélise a partir do marco teórico neo-institucionalismo histórico. *Cadernos de Saúde Pública*, 1409-1419, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000600023&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 8 abr. 2016.

HARADA, J. Com a palavra os gestores federal, estadual e municipal. O gestor federal no espaço da representatividade interfederativa. Em A. L. PEREIRA, *Regionalização é o caminho!* (1 ed., Vol. 4, p. 81). São Paulo: PYXIS EDITORIAL, 2015.

HARTZ, Z. Avaliação em saúde: dos Modelos Teóricos à prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100027> Acesso em 13 mar. 2016.

HORTALE, V. A. O conceito de descentralização aplicado aos serviços de saúde: dimensões, padrões e regularidades. *Revista de Administração Pública*. , 23-35. 1997. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/7902/6569>>. Acesso em 12 abr. 2016.

- KANIAK, C. E. Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar para o Distrito Federal de Henrique Bandeira de Mello. *Revista Saúde Distrito Federal*. 1999.
- LOUVISON, M. C. A voz dos gestores. Em A. L. PEREIRA, *Regionalização é o caminho!* (1 ed., Vol. 4, p. 81). São Paulo: Pyxis Editorial, 2015.
- LUCENA, R. C. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e. *Revista Administração Pública*, 1107-1120, 2015.
- MEDEIROS JÚNIOR, A, & RONCALLI, A. G. Políticas de Saúde no Brasil. In M. A. FERREIRA, A. G. RONCALLI, & K. C. LIMA, *Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar* (p. 249-259). Natal: EDUFRN, 2004.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.
- MONTI, F. Princípios do US só se efetivam com relações colaborativas entre gestores e serviços. Em A. L. PEREIRA, *Regionalização é o Caminho!* (p. 81). São Paulo: PYXIS EDITORIAL. 2015.
- PEREIRA, A. L, & PEREIRA, M. T. Síntese das narrativas de apoiadores do COSEMS/SP sobre a regionalização. Em A. L. PEREIRA, *Regionalização é o caminho!* (1 ed, Vol. 4, p. 81). São Paulo: PYXIS EDITORIAL, 2015.
- PEREIRA, A. M, LIMA, L. D, MACHADO, C. V, & FREIRE, J. M. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. *Saúde em Debate*, 39. 2015.
- PIMENTA, A. L. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. *Saúde e Sociedade*, 2, 31. 1993.
- PINHEIRO, A. P. & FIGUEIREDO, M. K. *Programa Saúde da Família: uma conquista a ser protegida*. Brasília: Universidade de Brasília, 2011.
- SANTOS, L. Sim, a regionalização é o caminho! Em A. L. PEREIRA, *Regionalização é o caminho* (1 ed., Vol. 4, pp. 54-59). São Paulo: PYXIS EDITORIAL, 2015.
- SHARPE, J. et al. *Federalismo e decentralizzazione nel moderno stato democratico*. Turim., 1997.
- SHIMIZU, H. E. et al. *O Controle Social em Saúde na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE-DF: Uma Experiência de Participação Democrática*. 1ed. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação (CID/UnB), 2008, v. 1, p. 69-112.
- SILVA, J. M. & CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 1187-1993. 2010.
- SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, 2753-2762. 2011.

SOUZA, G. C. & COSTA, I. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Soceidade*, 19(3), 509-517. 2010.

URIBE RIVIERA, F. J. *Teoria Social de Habermas: evolução social, sociedade e poder*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1995.

URIBE RIVIERA, F.J. *Capítulo 2 - Teoria social de Habermas: evolução social, sociedade e poder*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 216 p.

VIANA, A. L. *Descentralização e Política de Saúde: Origens, contexto e alcance da descentralização*. São Paulo: HUCITEC, 2014.

VIEIRA. *Dicionário de Educação Profissional em Saúde: Recursos Humanos em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.

ANEXO I

Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal – SINJ-DF

DECRETO Nº 37.057, DE 14 DE JANEIRO DE 2016.

Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o art. 100, incisos VII e XXVI, da Lei Orgânica do Distrito Federal, combinado com o art. 3º, inciso III e parágrafo único, da Lei nº 2.299, de 21 de janeiro de 1999, DECRETA:

Art. 1º As Superintendências de Regiões de Saúde, Unidades de Referência Assistencial e Unidades de Referência Distrital da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal passam a ter a estrutura administrativa disposta no Anexo I deste Decreto.

Parágrafo Único. Os Conselhos Regionais de Saúde são órgãos colegiados vinculados às Superintendências das Regiões de Saúde.

Art. 2º As Unidades Administrativas, os Cargos em Comissão e Funções de Confiança relacionados no Anexo II ficam transformados nas Unidades Administrativas e nos Cargos em Comissão relacionados no Anexo III.

Art. 3º As Unidades Administrativas, os Cargos em Comissão e Funções de Confiança relacionados no Anexo IV serão transformados nas Unidades Administrativas e nos Cargos em Comissão relacionados no Anexo V no prazo de 30 dias após a publicação deste Decreto.

Parágrafo único. Ficam mantidos os atuais ocupantes dos cargos em comissão e funções de confiança no prazo disposto no caput deste artigo.

Art. 4º O saldo financeiro remanescente da transformação de cargos e funções deste Decreto passa a compor o Banco de Cargos e Funções administrado pela Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão do Distrito Federal.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 14 de janeiro de 2016.

128º da República e 56º de Brasília

RODRIGO ROLLEMBERG

ANEXO II

ATA	DEMANDA DE ORGANIZAÇÃO POLÍTICO ADMINISTRATIVA			
	Descentralização	Regionalização	Autonomia	Segmento
269	Discorreu sobre as unidades habilitadas na rede SES-DF para o atendimento a pacientes de neurologia, informou sobre a distribuição dos recursos humanos, propedêutica neurológica, sobre as implementações já realizadas no ano de 2010 tais como: projeto AMEI DESCENTRALIZAÇÃO no atendimento para o nível secundário.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “autonomia”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Expositor
271	Apresentou ações a curto, médio e longo prazo nos setores mais críticos com a finalidade de estabelecer o novo modelo de gestão que será focado na DESCENTRALIZAÇÃO e no ponto de vista administrativo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	O representante da Estrutural quer AUTONOMIA na cidade para atender adequadamente a comunidade, pois foi retirado o atendimento 24 horas dificultando a situação.	Expositor e Usuário
272	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “descentralização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Destacou que em meados de 1979 foi iniciado o “Plano de Assistência à Saúde do Distrito Federal” que estabelecia o princípio da universalização, REGIONALIZAÇÃO e hierarquização dos serviços públicos de saúde.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “autonomia”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Gestor
280	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “descentralização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	XXXXX colocou-se sobre a manutenção do serviço de qualquer forma, alegando que vidas eram salvas e colocou que o Conselho de Saúde da Regional tinha AUTONOMIA para tomada da decisão.	Trabalhador

281	Colocou que será instalada uma farmácia de alto custo na Ceilândia com objetivo de DESCENTRALIZAÇÃO .	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “autonomia”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Trabalhador
283	Assunto: Projeto de DESCENTRALIZAÇÃO dos serviços do componente especializado da Assistência Farmacêutica/SES-DF.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “autonomia”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Trabalhador
284	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “descentralização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	O conselheiro XXXXX esclareceu que a Diretoria de Regulação é subordinada a SUPRAC, sendo necessária a autorização desse órgão para inclusão, exclusão e qualquer alteração nas suas determinações. Ou seja, o CSGU não tem AUTONOMIA para mudança em suas normas. XXXXX citando o Art. 3º – Onde constam as competências do CSDF no Regimento Interno do CSDF no Capítulo II - explicou que o Conselho de Saúde pode deliberar sobre gestão, finanças e orçamentos e estabelecer estratégias e mecanismos de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, entre outras.	Expositor
285	O conselheiro XXXXX solicitou a devolução dos dois processos 1 - Projeto de DESCENTRALIZAÇÃO dos Serviços do Componente da Assistência Farmacêutica/SES-DF e 2 – Plano de Enfrentamento de Epidemia de HIV/Aids, considerando a emergência da situação.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “autonomia”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Trabalhador
286	Projeto de DESCENTRALIZAÇÃO dos Serviços do Componente da Assistência Farmacêutica /SES/DF.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “autonomia”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Gestor

287	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “descentralização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	O conselheiro XXXXX falou que a mesa diretora vai estudar alternativas de espaços para que seja efetivada a proposta aprovada na RO nº 286, quanto à solução imediata considerando a LEI Nº 4.604, DE 15 DE JULHO DE 2011 que dispõe sobre a organização, a composição e as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal, em seu Art. 8º diz que o Governo do Distrito Federal garantirá, por meio da SES, AUTONOMIA , instalação física, condições materiais, quadro de pessoal, dotação orçamentária própria e capacitação dos conselheiros para o funcionamento do CSDF.	Gestor
301	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “descentralização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Plano Diretor de REGIONALIZAÇÃO do Sangue do Distrito Federal - FHB - SES/DF foi distribuído para Conselheiro XXXXX. A Conselheira Fernanda Nogueira se ofereceu para contribuir na análise do Processo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “autonomia”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Gestor
302	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “descentralização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Informou que foi solicitada inclusão de pauta pelo Conselheiro XXXXX, sobre o Projeto de REGIONALIZAÇÃO da Coleta de Sangue, pelo Conselheiro XXXXX, para discutir sobre a Comissão do Conselho Regional de Sobradinho e CSDF. Plano Diretor de REGIONALIZAÇÃO da Coleta de Sangue do Distrito Federal 2012/2015 - O Conselheiro XXXXX realizou apresentação do projeto e comentou que o usuário estava satisfeito com o serviço prestado pelo Hemocentro. Destacou a página 39 da revista Saúde para Todos, distribuída na RO, que mostra algumas das atividades do Centro.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “autonomia”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Usuário

308	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “descentralização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	O Conselheiro XXXXX sublinhou que a matéria foi individualmente colocada pelos participantes e fez ponderações a respeito da Resolução nº 453, que delega AUTONOMIA ao conselheiro de que quando necessário possa exigir apoio técnico, mas que se deve tomar o cuidado de não delegar a outros as suas funções.	Usuário
309	Explicou que existe no GDF, que foi criada a Subsecretaria de Atenção à Saúde do Trabalhador, mas os trabalhadores desejam discutir com os gestores e usuários a necessidade da DESCENTRALIZAÇÃO neste aspecto, visto que é necessário replicar para a SES a Subsecretaria.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “autonomia”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Gestor
311	Conselheiro XXXXX sugeriu a exposição com alterações no pleno. Sugeriu maior amplitude do alcance do programa, com a DESCENTRALIZAÇÃO para as cidades satélites.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “autonomia”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Usuário
321	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “descentralização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	A Secretária Executiva, XXXXX apresentou o cronograma orçamentário de 2013 ao pleno, explicando a origem dos recursos do CSDF e o mecanismo de utilização. O Conselheiro XXXXX teceu comentários sobre a utilização dos recursos e questionou a falta de AUTONOMIA do CSDF para administração dos recursos, ressaltando que o problema está no rito para sua utilização.	Trabalhador

330	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “descentralização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Conselheira XXXXX acrescentou que a Lei Complementar nº 11, de julho de 1996, é clara a respeito da participação do CSDF no Conselho de Administração Fundo de Saúde. Conselheiro XXXXX opinou que é um momento importante para reafirmar a identidade e AUTONOMIA do conselheiro do CSDF perante o Conselho de Administração do Fundo de Saúde.	Trabalhador
331	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “descentralização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Questionou qual o entendimento do Dr. XXXXX a respeito da participação do Conselho de Saúde do DF na gestão do FSDF, referenciando o Regimento Interno em confronto com as suas atribuições e referenciado também o organograma. Questionou, em segundo lugar, como é feito o orçamento, pois, como as rubricas já vêm estabelecidas, qual é a AUTONOMIA do FSDF.	Trabalhador
332	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “descentralização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Conselheira XXXXX respondeu ao Conselheiro XXXXX e acrescentou que a Corregedoria que tem AUTONOMIA para fazer tudo o que está dentro da sua competência e que em nenhum momento o Secretário tem ingerência sobre o que a Corregedoria faz.	Gestor
333	DESCENTRALIZAÇÃO de responsabilidade do Ponto Eletrônico na SES-DF e produtividade na SES-DF – Coordenação: Presidência e Mesa Diretora CSDF. Sr. XXXXX, Gerente de Monitoramento da SES, expôs o tema ao pleno. Presidente do CSDF, teceu comentários acerca do tema, que quando se fala em ponto eletrônico e DESCENTRALIZAÇÃO , nas unidades e centros de saúde a maioria dos gestores não está assumindo a sua reponsabilidade com relação às atividades do ponto.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “autonomia”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Gestor

339	<p>Presidente do CSDF, questionou qual o facilitador e o gargalo no que tange a intervenção da gestão hoje, considerando a estrutura organizacional da Fundação 20 Hemocentro. Dra. XXXXX respondeu que o Hemocentro é uma Fundação Pública de direito público, que segue toda a legislação, inclusive a Lei nº 8.666, o que dificulta o andamento dos processos muitas vezes, e opina que a dificuldade se deve ao tamanho, pois é difícil administrar um órgão dessa magnitude. Opinou que um caminho pode ser a DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO e a condição de certa autonomia na gestão. Conselheiro</p> <p>Disse, em resposta ao Conselheiro XXXXX, que não há política de DESCENTRALIZAÇÃO desenvolvida, pois não se justifica pela grande necessidade de recursos aportados. Acrescentou que em relação às instalações físicas, existe pleno acesso aos deficientes.</p>	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Opinou que um caminho pode ser a descentralização da gestão e a condição de certa AUTONOMIA na gestão.	Expositora e Gestor
342	<p>Tem-se, respectivamente, reconstrução do modelo assistencial, a gestão de leitos, gestão, planejamento, orçamento e financiamento, apoio técnico para o desenvolvimento de processos de DESCENTRALIZAÇÃO administrativa, orçamentária e financeira para as regiões de saúde da SES-DF. Citou a UNISUS, cujo modelo de gestão, fundação pública de direito privado, que também passou pelo pleno do CSDF, assistência farmacêutica, o contrato organizativo de ação pública de saúde na Rede Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e entorno, a RIDE.</p>	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Neste documento, não se constatou o registro da palavra “autonomia”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.	Gestor

343	<p>Informou a realização de uma reunião extraordinária na próxima semana, com foco na Plenária do Centro-Oeste, a discussão acerca do redimensionamento dos recursos humanos, a reconstrução do modelo assistencial e os processos já em curso para proceder a DESCENTRALIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO da SES.</p>	<p>Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.</p>	<p>Neste documento, não se constatou o registro da palavra “autonomia”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.</p>	Gestor
346	<p>Questionou sobre a contratação de pessoal, qual o percentual no orçamento para contratação de técnicos em saúde. Subsecretária de Planejamento, Dra. XXXXX, acolheu a solicitação do Conselheiro XXXXX e respondeu ao Conselheiro XXXXX, sobre a DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO, acentuando que isso resulta em dois aspectos, um que dá mais agilidade e outro que dá mais responsabilidade ao servidor.</p>	<p>Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.</p>	<p>Neste documento, não se constatou o registro da palavra “autonomia”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.</p>	Expositora
347	<p>Destacou que deve ser solicitado pela Mesa de Negociação do SUS a discussão da DESCENTRALIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS na SES DF e discutir o Termo de Cooperação Técnica firmado entre a SES e o Ministério da Saúde focando nos itens: reconstrução do Modelo Assistencial e Planejamento/orçamento/financiamento, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Infraestrutura de serviços nas unidades da SES DF.</p>	<p>Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.</p>	<p>Neste documento, não se constatou o registro da palavra “autonomia”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.</p>	Gestor

348	<p>Conselheiro XXXXX Presidente do CSDF, respondeu ao Conselheiro XXXXX esclarecendo que o CSDF tem trabalhado sem estar pautado pela mídia, e que não está pautada a discussão das “OS”. Explicou que a proposta do CSDF é a DESCENTRALIZAÇÃO DOS Recursos Humanos neste momento.</p>	<p>Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.</p>	<p>Neste documento, não se constatou o registro da palavra “autonomia”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.</p>	Gestor
351	<p>Exposição: Gestão da SES-DF. Conselheiro XXXXX iniciou a apresentação com o tema DESCENTRALIZAÇÃO para regiões de saúde da SES-DF. Dra. XXXXX apresentou o tema Perspectivas para a mudança do modelo de gestão/atenção no SUS-DF. XXXXX disse que esse modelo de DESCENTRALIZAÇÃO é um desejo antigo, porém disse que é preciso estudar o tema mais profundamente. Cobrou rapidez e definição de ações imediatas para solucionar o problema atual. Conselheiro XXXXX manifestou preocupação com os recursos a serem utilizados para a DESCENTRALIZAÇÃO. Opinou que tem que se descentralizar, porém sem a criação de cargos nas regionais.</p>	<p>Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.</p>	<p>Neste documento, não se constatou o registro da palavra “autonomia”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.</p>	Gestor e Usuário

ANEXO III

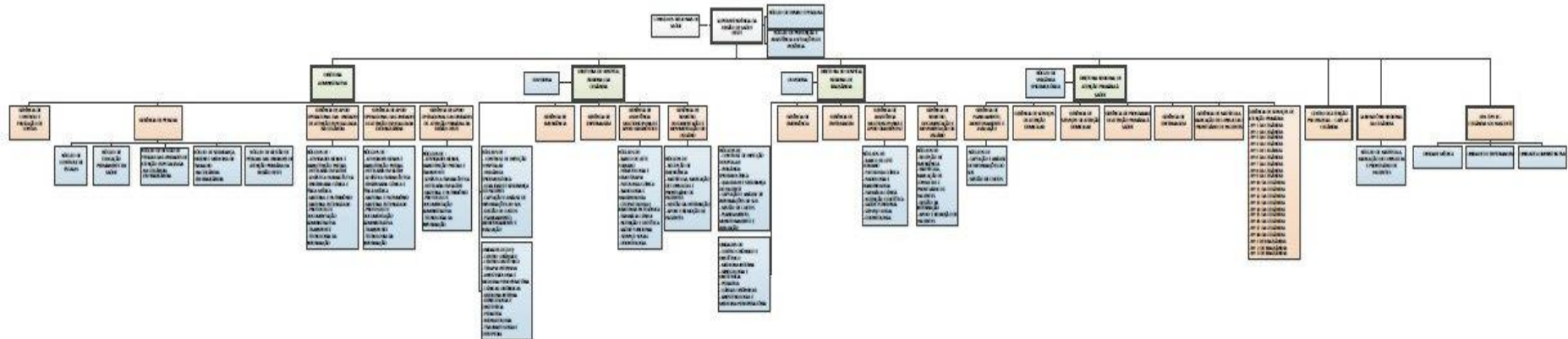
RF	DEMANDA DE ORGANIZAÇÃO POLÍTICO ADMINSTRATIVA		
	Descentralização	Regionalização	Autonomia
8º CSDF	<p>Garantir integralmente a disponibilização dos medicamentos que compõem a Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME) em sua totalidade para todos os níveis da atenção, como também, o elenco de medicamentos e correlatos hospitalares para as regionais de saúde. DESCENTRALIZAÇÃO da farmácia de alto custo para as regionais de saúde. Instituir a farmácia viva do DF, como uma tecnologia social, contemplando todas as etapas da cadeia produtiva;</p> <p>A DESCENTRALIZAÇÃO do elenco de medicamentos especializados e de programas estratégicos em todas as Unidades de Saúde do Paranoá;</p> <p>Implementar Modelo de Gestão Participativa e Democrática em toda gestão do DF (SES e Regionais de saúde), garantindo DESCENTRALIZAÇÃO, autonomia financeira às regionais, como também, buscando formas de qualificar a gestão da saúde complementar na prestação de serviços, em cumprimento ao Art. 4º, II, da Lei 8080/90, na busca da melhoria e continuidade do atendimento dos usuários.</p>	<p>Neste documento, não se constatou o registro da palavra “regionalização”, bem como o seu contexto e aplicabilidade de interesse a esse estudo.</p>	<p>Implementar Modelo de Gestão Participativa e Democrática em toda gestão do DF (SES e Regionais de saúde), garantindo descentralização, AUTONOMIA financeira às regionais, como também, buscando formas de qualificar a gestão da saúde complementar na prestação de serviços, em cumprimento ao Art. 4º, II, da Lei 8080/90, na busca da melhoria e continuidade do atendimento dos usuários.</p> <p>Reorganizar o organograma da SES/DF, revendo as atribuições e definindo os requisitos para os cargos dirigentes, fortalecendo a gestão local especialmente a da atenção primária, com acompanhamento do controle social local e AUTONOMIA às direções locais para a escolha da sua equipe considerando critérios técnicos.</p> <p>Destacar a importância da juventude neste processo, como também, implementar educação em saúde, com temas de cidadania e participação, nas escolas e instituições de ensino, visando a promoção da AUTONOMIA e a identificação e formação de lideranças afins com as especificidades do setor de saúde;</p> <p>Implementar os Conselhos Locais e Gestores em todas as unidades de saúde do DF, com AUTONOMIA administrativa e financeira;</p> <p>Estabelecer que o vínculo aos benefícios da assistência social seja disponibilizado por tempo determinado e limitado, estimulando políticas que promovam as condições para que o beneficiário saia da condição de vulnerabilidade social, fortalecendo sua AUTONOMIA.</p> <p>Descentralizações do financiamento, criando unidades</p>

			gestoras com AUTONOMIA financeira, assegurando a transparência para acompanhamento dos gastos públicos.
9º CSDF	<p>Reestruturar o sistema de saúde do DF, efetivando a DESCENTRALIZAÇÃO por regional de todos os recursos, especialmente financeiros, tendo como parâmetro os indicadores epidemiológicos de saúde, por meio de diagnóstico situacional construído de forma compartilhada entre gestores, trabalhadores e usuários, utilizando os instrumentos de gestão do SUS (monitoramento, avaliação, auditoria, ouvidoria e controle social).</p> <p>Repúdio a qualquer proposta de gestão do SUS que vá contra as preconizações da Lei Nº 8.080/90 garantindo a DESCENTRALIZAÇÃO de recursos financeiros para a região de saúde sul.</p> <p>DESCENTRALIZAÇÃO política imediata dos recursos humanos, econômicos, orçamentários, financeiros, técnicos e administrativos - de fato e de direito, das regionais de saúde e por regiões de saúde.</p> <p>Os determinantes sociais e indicadores de saúde devem ser os fundamentos para a composição das equipes de atenção, fortalecendo a ESF, procedendo a DESCENTRALIZAÇÃO estatal dos recursos econômicos, financeiros e da força de trabalho, permitindo a autonomia da Região Norte (Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal);</p> <p>DESCENTRALIZAÇÃO estatal que seja 100% pública com autonomia de execução dos recursos financeiros, econômicos, da força de trabalho e infraestrutura de serviços.</p>	<p>Descentralização e REGIONALIZAÇÃO dos recursos financeiros e autonomia administrativa e financeira das Regionais de Saúde do Distrito Federal, tendo por forma de rateio o contingente populacional da região administrativa, levando em consideração as necessidades de saúde de cada região de saúde, garantindo que a gestão do SUS seja 100% pública, estatal, universal e de qualidade, sob gestão direta do estado e contra todas as formas de privatização.</p> <p>Reestruturar o sistema de saúde do DF efetivando a descentralização e a REGIONALIZAÇÃO com responsabilização do gestor, mediante contrato de gestão sob o controle social, garantindo a contratação de mão de obra por concurso público e avaliação de desempenho, com base na Lei 840/2011, bem como promover seleção interna para gestores de serviços.</p> <p>Descentralização e REGIONALIZAÇÃO dos recursos financeiros e autonomia administrativa e financeira das Regionais de Saúde do Distrito Federal, tendo por forma de rateio o contingente populacional da região administrativa e levando em consideração as necessidades de saúde de cada região.</p>	<p>Descentralização e Regionalização dos recursos financeiros e AUTONOMIA administrativa e financeira das Regionais de Saúde do Distrito Federal, tendo por forma de rateio o contingente populacional da região administrativa, levando em consideração as necessidades de saúde de cada região de saúde, garantindo que a gestão do SUS seja 100% pública, estatal, universal e de qualidade, sob gestão direta do estado e contra todas as formas de privatização.</p> <p>Defender o desenvolvimento de tecnologias de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde que fortaleçam a AUTONOMIA das pessoas e garantam a segurança dos usuários, mediante a apreciação ética dos projetos no sistema CEP-CONEP, incluindo tecnologias leves, leve-duras e duras, fortalecendo a implementação da política nacional de práticas integrativas e complementares de saúde.</p> <p>Comprometer e responsabilizar os gestores da Região Sul – Gama e Santa Maria – pela oferta de estrutura física e recursos humanos adequados para que o Conselho exerça suas funções com autonomia plena;</p> <p>Os determinantes sociais e indicadores de saúde devem ser os fundamentos para a composição das equipes de atenção, fortalecendo a ESF, procedendo a descentralização estatal dos recursos econômicos, financeiros e da força de trabalho, permitindo a AUTONOMIA da Região Norte (Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal);</p> <p>Descentralização estatal que seja 100% pública com</p>

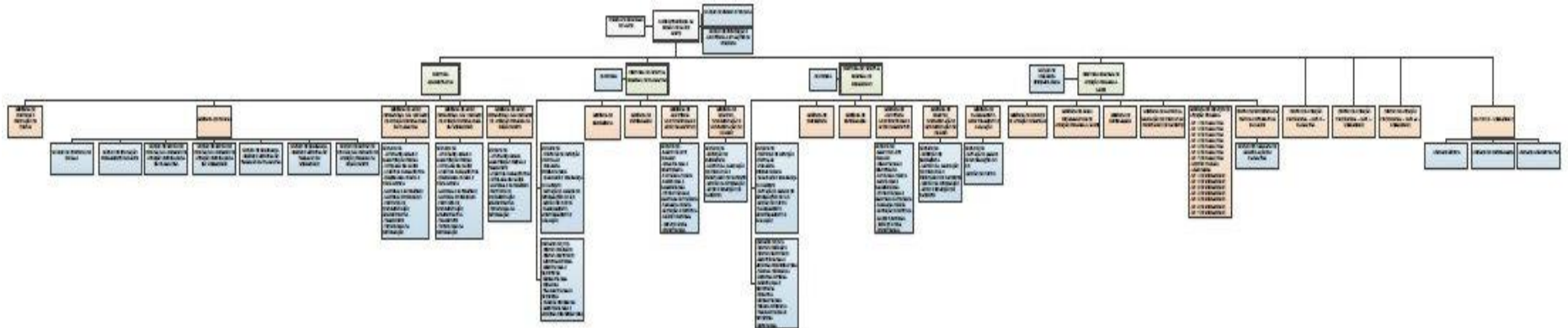
	<p>DESCENTRALIZAÇÃO administrativa, orçamentária e financeira para as regiões de saúde.</p> <p>Constar dotação orçamentária para os Conselhos Regionais de Saúde do DF, garantindo a DESCENTRALIZAÇÃO dos recursos.</p> <p>DESCENTRALIZAÇÃO da Saúde Ocupacional e criação de núcleos na regional de Saúde garantindo a criação de CST, realização de exames periódicos e prevenção de acidentes de trabalho.</p> <p>Garantir DESCENTRALIZAÇÃO dos recursos públicos destinados à saúde do DF para as regionais de Saúde, com percentual predeterminado, principalmente para os programas específicos que recebem custeios financeiros advindos do ministério da Saúde, com mecanismos de fiscalização e controle social.</p> <p>Garantir a DESCENTRALIZAÇÃO dos recursos (humanos, financeiros e físicos) do Distrito Federal entre todas as Regiões Administrativas, para que estas possam gerir os recursos conforme sua necessidade.</p> <p>Garantir recursos para a retirada das residências médicas da Região Norte do estado de diligência, com risco de descredenciamento, garantindo a DESCENTRALIZAÇÃO das verbas de Hospital de ensino e a abertura de programas e vagas, observando critérios de território, fortalecendo redes de ensino multiprofissionais, garantindo a integridade da assistência.</p> <p>Repúdio a qualquer proposta de gestão do SUS que vá contra as preconizações da Lei Nº 8.080/90 garantindo a DESCENTRALIZAÇÃO de recursos financeiros para a região de saúde sul.</p>		<p>autonomia de execução dos recursos financeiros, econômicos, da força de trabalho e infraestrutura de serviços.</p> <p>5. Implementação da resolução 395: “Universidade de Saúde Pública e infraestrutura de serviços”, considerando um Polo de formação na Região Norte e a capacitação profissional, manutenção e fortalecimento dos Programas de residências médica e multiprofissionais.</p> <p>Garantir autonomia regional para gestão e previsão de orçamentos com adequada fiscalização.</p> <p>Garantir autonomia regional para gestão e previsão do orçamento.</p> <p>Descentralização e Regionalização dos recursos financeiros e autonomia administrativa e financeira das Regionais de Saúde do Distrito Federal, tendo por forma de rateio o contingente populacional da região administrativa e levando em consideração as necessidades de saúde de cada região.</p> <p>Fortalecer a atenção primária e práticas integrativas multiprofissional, favorecendo a adesão à linha de cuidado que pressupõe a autonomia do indivíduo, facilitando o acesso à média e alta complexidade para os usuários que delas necessitam.</p> <p>21. Gestão do SUS 100% pública e de Direito Público, sem interferência de Organizações Sociais (OSS).</p> <p>Ampliação no SUS de exames e medicamentos padronizados de eficiência e eficácia comprovada e instituir políticas e ações visando toda e qualquer autonomia na produção de equipamentos, insumos e medicamentos de uso no SUS.</p>
--	---	--	--

Anexo IV

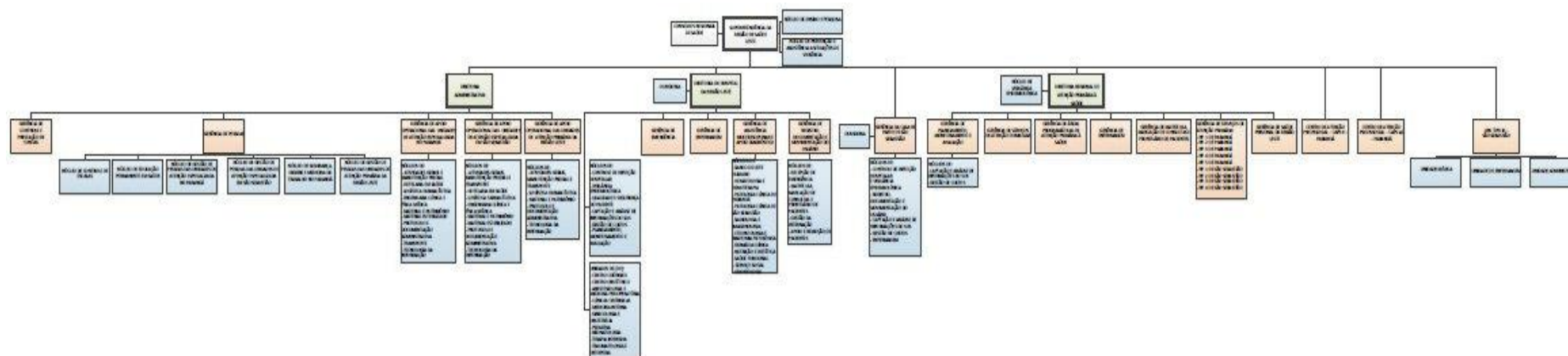
1. Região de Saúde Oeste



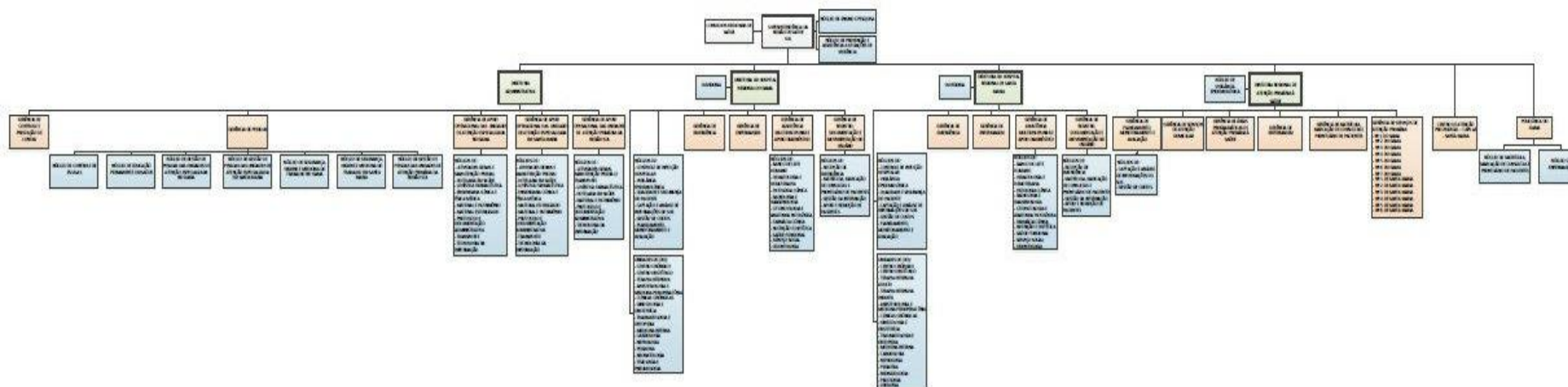
2. Região de Saúde Norte



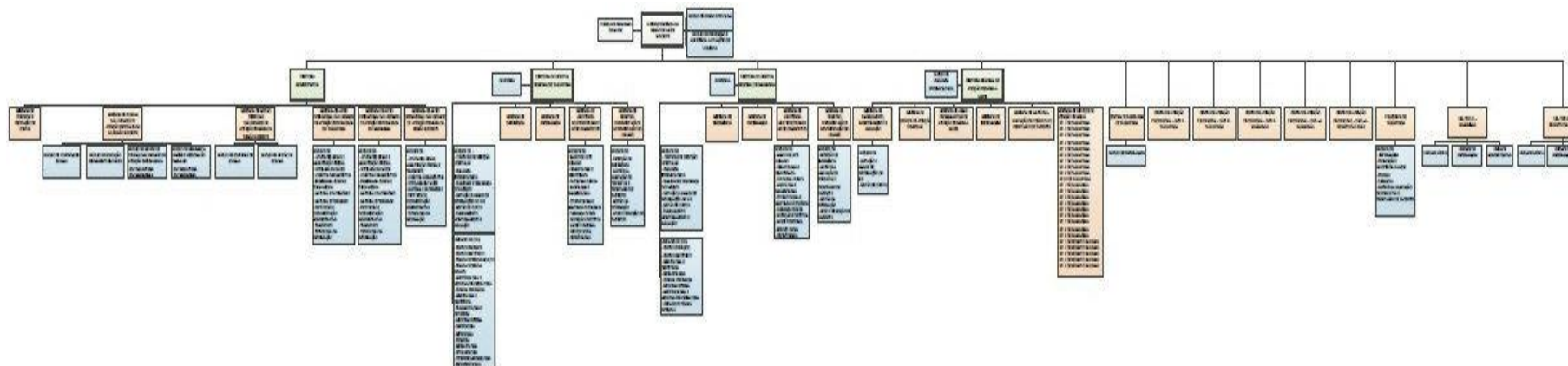
3. Região de Saúde Leste



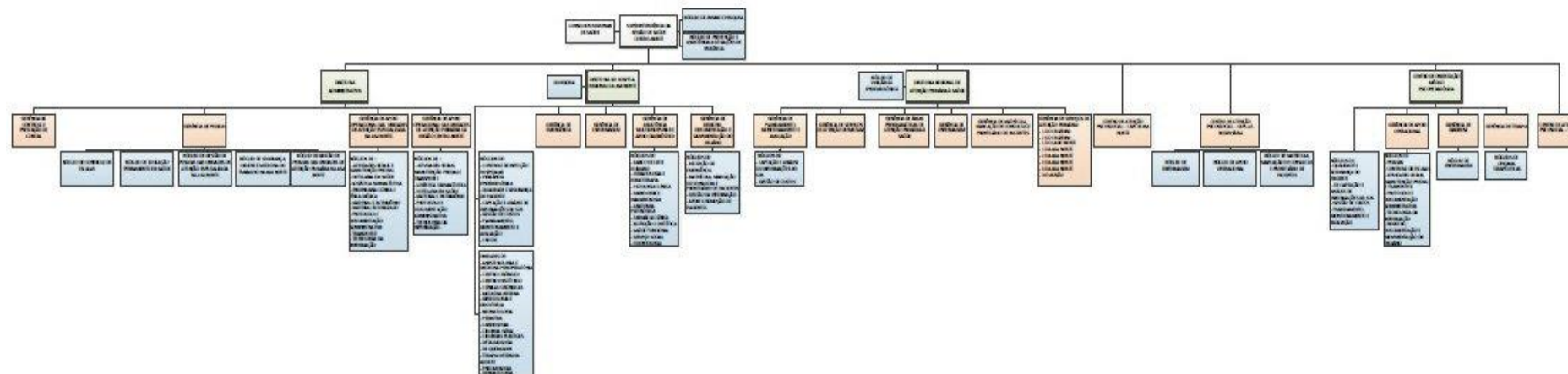
4. Região de Saúde Sul



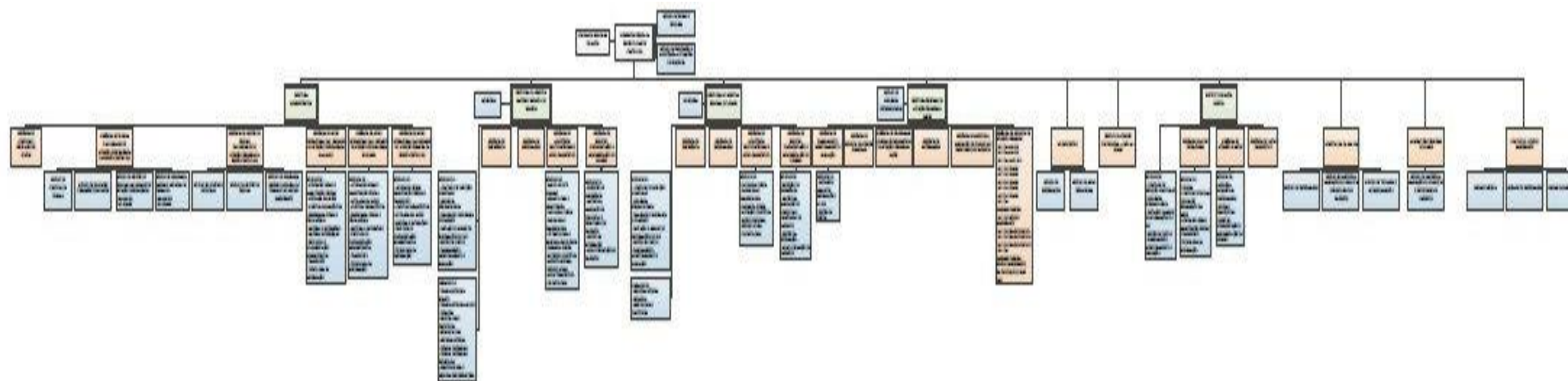
5. Região de Saúde Sudoeste



6. Região de Saúde Centro Norte





7. Região de Saúde Centro Sul



Organogramas das Regiões de Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponíveis em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/2016-01-27-14-36-54.html>>. Acesso em 21 de maio de 2016.

ANEXO V

Submissão de artigo ao número temático sobre Regionalização da revista Ciência e Saúde Coletiva.

Submissão artigo intitulado: Descentralização, regionalização e a interface com o controle social em saúde no Distrito Federal, 2011-2016.    Entrada x



Danylo Vilaça <danylovilaca.unb@gmail.com>

6 de jun (Há 5 dias) ☆



para regionalizacao., Mariana ▾

Prezados Professores José Mendes Ribeiro e Marcelo Rasga Moreira,

Submetemos o estudo denominado "**Descentralização, regionalização e a interface com o controle social em saúde no Distrito Federal, 2011-2016**", à Chamada Pública para número temático: Sistema de Saúde no Brasil e políticas de regionalização disponibilizada pelo endereço eletrônico <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/pop_nt5.php>. Acredita-se que o estudo submetido atenda aos eixos 1 e 5 dos temas prioritários deste número temático da Ciência e Saúde Coletiva.

Saudações acadêmicas.

Danylo S S Vilaça

Contato: (61) 8158-3258

Graduando em Saúde Coletiva

Extensionista e Estudante de Iniciação Científica

Estagário no Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

Eia SUS, Ôh SUS!

Lettes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizaov.do?id=K4335644T8>



Número Temático REGIONALIZAÇÃO

9 de jun (Há 2 dias) ☆



para mim ▾

Prezado Danylo,

Confirmo o recebimento do artigo e comunico seu encaminhamento para os pareceristas.

Muito obrigado,

Marcelo

...



Clique aqui para [Responder](#) ou [Encaminhar](#)

Descentralização, regionalização e a interface com o controle social em saúde no Distrito Federal, 2011-2016.

VILAÇA, D. S. S¹. & CRUZ, M. S².

RESUMO

O Distrito Federal, por sobrepor as características de Estado e Município, é um exemplo diferenciado para implantação da descentralização e regionalização em saúde. Somado a isso, atuação do controle social na implantação da regionalização da saúde carece de estudos no Brasil. Assim, o objetivo foi analisar as demandas levantadas pelo Controle Social em Saúde sobre descentralização e regionalização no DF, no período de 2011 a 2016; analisar a implantação do Decreto 37.057/2016 e seus desdobramentos. Foi realizado estudo descritivo, transversal, qualitativo, operacionado através da análise documental das atas do Conselho de Saúde do DF; dos relatórios finais das 8ª e 9ª conferências distritais; do decreto 37.057/2016; além do estudo do sítio virtual da Secretaria de Saúde do DF – SES/DF. O Controle Social propôs a descentralização da gestão na 8º CSDF e voltou a propor com maior afinco em sua 9ª edição. A regionalização não compôs as propostas da 8º CSDF, mas emana junto ao pleito pela descentralização na 9º CSDF. Com a publicação do decreto 37.057/2016 a SES/DF instituiu sete superintendências de saúde. Em sua perspectiva, a SES/DF implantou a regionalização, mas normativamente e até o momento, não descentralizou a gestão, contemplando parcialmente as demandas do controle social em saúde.

Palavras-Chaves: Sistema Único de Saúde; Descentralização; Regionalização e Controle Social.

ABSTRACT

The Federal District, by superimposing the characteristics of state and municipality, is a different example for the implementation of decentralization and regionalization health. Added to this, social control activities in health regionalization of implementation lacks studies in Brazil. The objective was to analyze the demands raised by the Social Control in Health on decentralization and regionalization in the Federal District in 2011-2016 period; analyze the implementation of Decree 37 057/2016 and its consequences. It conducted a descriptive, cross-sectional, qualitative study operacionary through documentary analysis of the minutes of the Federal District Health Council; the final reports of the 8th and 9th district conferences; Decree 37,057/2016; and the study of the virtual site of the Federal District Health Department - SES/DF. The Social Control proposed the decentralization of management in 8 CSDF and returned to propose more hard in its 9th edition. Regionalization did not write the proposals of 8 CSDF, but emanates from the claim for decentralization in 9th CSDF. With the publication of the decree 37057/2016 SES/DF established seven health superintendents. In their view, implemented regionalization, but normatively and to date, not decentralized management, partially covering the demands of social control in health.

Key Words: Regional Health Planning; Social Participation; Health Policy; Unified Health System

¹Graduando em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

²Professora Doutora, Adjunta II, Colegiado de Saúde Coletiva - Universidade de Brasília.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), possui base de princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários baseiam-se pela universalidade do acesso, pela integralidade no cuidado e atenção aos usuários, compreendendo-os como seres indivisíveis e pertencentes à um todo e por fim, pela equidade em assegurar ações e serviços compreendendo a complexidade que cada caso requeira. No que tange aos princípios organizativos, esse sistema, de caráter público, constitui-se por uma rede de serviços descentralizada, regionalizada e hierarquizada, direcionada em cada esfera de governo e sobre o controle dos seus usuários, trabalhadores e gestores¹.

Este estudo, enfatiza três desses princípios organizativos: descentralização, regionalização e controle social. A interface controle social, descentralização e regionalização foi escolhida a partir do momento histórico do início do presente trabalho: a 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal (CSDF), em 2015. Nessa instância, foram discutidas e aprovadas propostas referentes ao deslocamento da tomada de decisão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), representando o nível central, para as instâncias de nível regional, dentro do eixo temático “Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde”. Em outras palavras, pleiteava-se a descentralização da gestão da saúde para as 15 regionais de saúde até então existentes no momento de realização da referida conferência.

A tomada de decisão deverá estar situada no nível local dos serviços de saúde devido ao maior controle social e à maior autonomia das instâncias executoras. Segundo Viana, a descentralização esteve no centro das discussões de organizações públicas no decorrer de duas décadas, compondo a construção de Estado Democrático². Entretanto, a descentralização não deve significar somente um processo político-administrativo de democratização do Estado. Existe uma amplitude a ser considerada, no que concerne à oportunidade de desenvolvimento e organização da sociedade. No tocante à saúde, a descentralização apresenta-se como uma solução para a reforma dos sistemas de saúde, sendo a sua implementação variante para cada país, frente as suas peculiaridades e interpretações do conceito de descentralização³.

Corroborando com o entendimento de que a descentralização é um mecanismo de desenvolvimento da participação político-social⁴, tem-se que um sistema descentralizado, que tem como base a interdependência na organização da rede de serviços, tem que se regionalizar: a descentralização não é para ser abolida, mas para ser regionalizada. Esse entendimento faz-nos refletir sobre a possibilidade de haver mais de cinco mil sistemas municipalizados e descentralizados desconexos e incapazes de atender o princípio doutrinário da integralidade⁵. A regionalização apresenta-se como orientadora da descentralização das ações e serviços de saúde. Neste processo, são identificadas e constituídas as regiões de saúde – espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações e de atenção à saúde objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de co-gestão⁶.

Após mais de 26 anos da publicação da lei que formalizou os conselhos e as conferências de saúde - lei 8.142 de 1990 - ainda há muitas incertezas sobre a efetiva participação da sociedade nas instâncias decisórias do SUS. A atuação do controle social nos processos de descentralização e regionalização no sistema de saúde, por exemplo, é uma área permeada de questionamentos e incertezas: qual a visão que os conselheiros de saúde

possuem sobre esses processos? Há efetiva participação dessas instâncias democráticas em decisões locais, regionais, estaduais e nacionais sobre descentralização e regionalização? Os pleitos do controle social sobre a temática são considerados no processo de decisão?

O DF apresenta-se dividido em Regiões Administrativas (RA) para fins de descentralização e coordenação dos serviços de natureza local, sendo chefiada por um administrador regional, indicado pelo governador. Em 2016 foi publicado o Decreto 37.057, que teve como objetivo apresentar uma nova estrutura administrativa para a Secretaria de Estado de Saúde⁷. Entre as alterações indicadas no documento, havia a criação das superintendências das regiões de saúde, alterando a disposição do sistema de saúde na localidade, anteriormente configurado de acordo com regiões administrativas do DF. A criação das superintendências regionais foi apresentada dentro de um contexto para uma nova proposta de regionalização no SUS local, segundo divulgação nos sítios da secretaria de saúde do DF.

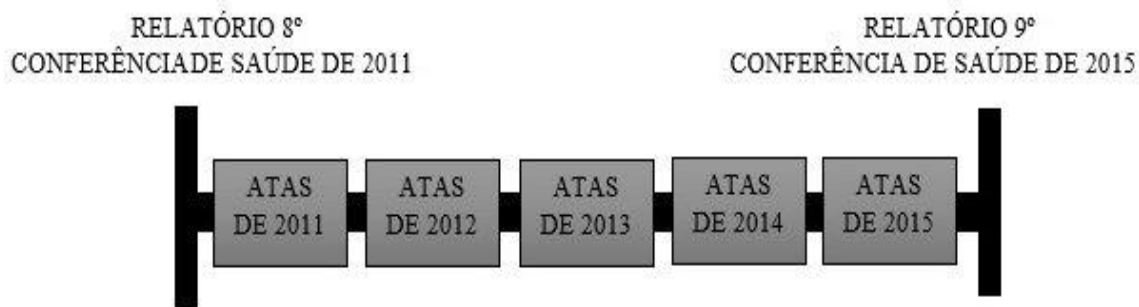
Apresentado esse panorama, buscou-se com esse estudo analisar as demandas levantadas pelo Controle Social em Saúde sobre descentralização e regionalização no DF, no período de 2011 a 2016, e analisar a implantação do Decreto 37.057 de 2016, seus desdobramentos na estrutura e organização da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF e no possível atendimento aos pleitos do Controle Social em saúde na região.

MÉTODO

Este é um estudo descritivo, qualitativo, realizado por meio da análise documental, em específico a análise de conteúdo. A análise de conteúdo, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens⁸. É definida em três eixos: (i) análise prévia dos dados, (ii) exploração do material e, por último, (iii) tratamento dos resultados com a possibilidade de dedução e a interpretação, favorecendo a obtenção dos resultados e a discussão dos mesmos.

Os instrumentos documentais para análise foram as atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal no período de 2011 a 2015, os Relatórios Finais da 8º e 9º Conferências de Saúde⁹ (Figura 1), o decreto que determina a regionalização na rede de serviços do Distrito Federal (Decreto 37.057, de 14 de janeiro de 2016) e por fim, informações oficiais do site da SES/DF sobre o processo de implantação da regionalização no Distrito Federal em 2016.

Figura 1. Período e instrumentos de análise documental da busca pela descentralização e regionalização no Distrito Federal, 2011-2015.



Fonte: elaboração própria do autor.

Desse modo, a metodologia ramifica-se em duas etapas: (i) análise das atas e relatórios de conferência e (ii) análise do Decreto 37.057 e informações oficiais do *site* da SES/DF. O ponto de partida desse estudo data-se do ano de 2011, ano em que ocorreu a penúltima Conferência de Saúde do DF e a análise desse contexto pode-se dar a partir da comparação entre os relatórios das duas últimas conferências, compreendendo assim o período de realização da 8ª e da 9ª Conferência, e 2011 e 2015 respectivamente.

No interstício 2011 a 2015, analisou-se as atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal, que diferentemente das conferências, possui caráter permanente e realiza reuniões mensais, objetivando extrair produtos que pudessem contribuir para o fortalecimento da proposta que emerge no relatório da última conferência realizada na região, referente à descentralização e regionalização. O estudo utilizou como abordagem metodológica a análise em três etapas: 1) Busca e levantamento dos relatórios oficiais da 8ª e 9ª Conferências de Saúde do Distrito Federal, dos decretos que instituíram a nova organização política administrativa do DF, das atas do CSDF disponíveis no site da SES/DF a partir do ano de 2011 até dezembro de 2015 e Decreto 37.057/2016; 2) Construção de matriz de análise, leitura e categorização dos documentos com enfoque nos principais direcionamentos sobre a descentralização, regionalização e autonomia e 3) Análise de conteúdo sobre as abordagens no que dizem respeito à descentralização, desconcentração da gestão da saúde e a sua possível relação com o princípio organizativo da regionalização.

Elaborou-se roteiros de análise, contando com auxílio do *software* de análises qualitativas, denominado MAXQDA. É possível, por meio desse software, elaborar categorias de análise e extrair núcleos e frequências de palavras.

RESULTADOS

Contexto da descentralização, regionalização e busca pela autonomia pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal:

Coletou-se 80 atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho de Saúde do Distrito Federal – CSDF, relativas ao período de 2011 a 2015. Ao fazer a busca pelas palavras “descentralização”, “regionalização” e “autonomia”, de interesse para esse estudo, afunilou-se os documentos coletados obtendo-se como produto final 27 atas do CSDF analisadas. Para o descritor “descentralização”, encontrou-se 20 registros, enquanto que para “regionalização” e “autonomia”, resultou-se em 4 e 10 registros respectivamente.

Para o Eixo Descentralização, foram encontradas três categorias de análise: 1. Descentralização de Projetos, Programas e Serviços, 2. Descentralização Orçamentária e Financeira, e 3. Descentralização de Recursos Humanos. A análise dessa categorização, sugere uma maior preponderância da busca pela descentralização de projetos, programas e serviços, quando comparada aos dois outros achados, uma vez que os registros foram quantitativamente superiores. Observa-se que no decorrer do período estudado, o CSDF esteve empenhado em discorrer pela descentralização de especificidades dos serviços. Em estudo recente sobre o processo de descentralização e regionalização da Espanha, apresentam-se dimensões metodológicas e algumas categorias semelhantes às encontradas pela categorização da análise deste estudo, a saber: dimensão da descentralização administrativa e financeira, apresentando contexto do Estado e contexto da Política de Saúde⁹.

Compreende-se nesse estudo que, a dimensão de descentralização administrativa no papel do Estado refere-se à transferência de poder e responsabilidades para a gestão de políticas e programas². No que se refere à terceira categoria apresentada, denominada descentralização de recursos humanos, houve dificuldade em detalhar esse achado, visto que não foi exemplificado nas atas quais as demandas específicas pleiteadas. Dessa forma, é limitante inferir interpretação visto que a discussão é bastante direta, com breves afirmações sobre o que se deseja, é possível apenas apresentar o que entende-se por recursos humanos, onde diferentemente da lógica das ciências administrativas que reduz os recursos humanos à sua condição funcional¹⁰, passa-se a enxergá-los como imprescindíveis para consolidação do SUS e não somente recursos do processo¹¹.

Para o Eixo Regionalização, construiu-se uma única categoria de análise, à qual denomina-se Regionalização de Serviços Específicos, representada pelos trechos: “*Plano diretor de regionalização da coleta de sangue do distrito federal 2012/2015 - o conselheiro [...] realizou apresentação do projeto e comentou que o usuário estava satisfeito com o serviço prestado pelo hemocentro*” e “*Projeto de regionalização da coleta de sangue, pelo conselheiro [...], para discutir sobre a comissão do conselho regional de sobradinho e CSDF*”.

Analisando os produtos capturados dos documentos, extraiu-se a categoria “Regionalização de Serviços Específicos”, onde nota-se um pleito em utilizar um instrumento de planejamento e coordenação do processo de regionalização, denominado Plano Diretor de Regionalização (PDR) para a prestação de um serviço específico, a coleta de sangue. Contudo, o PDR encaminha-se como um mecanismo que expressa o desenho final do

processo de identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde e não da maneira pretendida pelo pleito⁶.

A busca pela regionalização apresenta-se timidamente como proposta e fruto de discussões por parte dos conselheiros, sendo limitante a sua análise. Evidencia-se a preponderância entre as palavras regionalização e Plano Diretor de Coleta de Sangue, demonstrando uma busca pela regionalização de serviços específicos. Assunto relevante a ser considerado, uma vez que a regionalização, entre outras, busca ampliar a oferta do cardápio de serviços ofertados e não a individualidade dos mesmos¹². A vasta literatura, debruça-se em apresentar a regionalização como consequência da descentralização^{2, 3, 5}, e ainda, como meio de desenvolver a participação social no processo decisório do sistema de saúde^{4, 13, 14}. Assim introduzido, busca-se apresentar os resultados deste estudo, bem como discuti-los considerando as especificidades que o DF acarreta constitucionalmente para si e que influencia a execução do sistema na região.

Para o Eixo Autonomia, foi possível formular duas categorias, a saber: 1. Autonomia do Controle Social, conforme os trechos: *“Conselheiro [...] opinou que é um momento importante para reafirmar a identidade e autonomia do conselheiro do CSDF perante o conselho de administração do fundo de saúde”* e *“O conselheiro [...] teceu comentários sobre a utilização dos recursos e questionou a falta de autonomia do CSDF para administração dos recursos, ressaltando que o problema está no rito para sua utilização”* e 2. Autonomia da Gestão, ainda que: *“Opinou que um caminho pode ser a descentralização da gestão e a condição de certa autonomia na gestão”*.

O SUS tem avançado nacionalmente com relação à descentralização do ente federativo para o estadual e municipal, assim como com a democratização das políticas públicas, transferindo-se para a gestão local novas responsabilidades e recursos públicos capazes de fortalecer o Controle Social em Saúde (CSS), bem como a atuação dos atores sociais nas decisões da política de saúde. Em acordo com esses propósitos, adota-se uma postura que possibilite a legitimidade do Controle Social em Saúde, considerando algumas de suas condições essenciais e dentre elas a autonomia¹³.

Deste modo, entende-se que as manifestações dessa matéria citada pelos conselheiros referem-se à busca pelo reforço da autonomia já garantida e institucionalizada e não que seja implementada, uma vez que as legislações vigentes já a prevejam. As categorias estabelecidas, confirmam que existe a busca pela garantia das condições de funcionamento dos Conselhos de Saúde, do ponto de vista administrativo, financeiro e técnico. O funcionamento pleno do CSS deve ser garantidos no orçamento das Secretarias. Essa garantia deve se dar desde o espaço físico até pessoal de apoio e administrativo para a execução das atividades, devendo ser valorizados, também, estudos de problemas detectados pelos representantes e elaboração de instrumentos que facilitem as decisões dos conselheiros¹⁴.

Contexto da descentralização e regionalização por meio dos Relatórios Finais de Conferências de Saúde do Distrito Federal:

Coletou e analisou-se os Relatórios Finais da 8ª e 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal. Similarmente à análise ocorrida para as atas do CSDF, utilizou-se das palavras “*descentralização*”, “*regionalização*” e “*autonomia*”, para compreender o que estes relatórios traziam sobre a temática. No relatório final da 8ª Conferência de Saúde, encontrou-se três registros para a palavra “*descentralização*”, cinco registros para a palavra “*autonomia*” e nenhum registro para a palavra “*regionalização*”. Analisando o relatório final da 9ª Conferência de Saúde, esse panorama inverte-se, sendo possível encontrar doze registros para a palavra “*descentralização*”, três registros para a palavra “*regionalização*” e onze registros para a palavra “*autonomia*”. Observa-se que houve um maior pleito pela descentralização ao comparar-se ambos relatórios e ainda que, a regionalização surge na companhia desse pleito, ainda que em menor número. Categorizou-se, separadamente, ambos os relatórios aonde podemos formular seis núcleos temáticos, sendo divididas em três categorias para cada relatório analisado.

Analisando o RF da 8ª CSDF no que se refere à regionalização, descentralização e autonomia, foi possível elaborar três categorias: 1. Descentralização de insumos e serviços de saúde; 2. Autonomia Administrativa e Financeira; e 3. Autonomia cidadã.

Na 8ª CSDF, nota-se que existe uma maior proximidade em se propor autonomia administrativa, beirando como sinônimo à descentralização, tal qual preconizado para sua inserção no estudo. Contudo, surpreende o surgimento da busca pelo que denomina-se autonomia cidadã, onde procura-se promover o que estudiosos denominam “empoderamento”.

O “empoderamento” da sociedade, para que a mesma seja protagonista de sua história tem sido um termo que entrou para o vocabulário das políticas públicas e dos estudiosos, neste novo milênio. É visto na saúde como prática destinada a promover e impulsionar grupos, no sentido de seu crescimento, autonomia, melhora gradual e progressiva de suas atitudes¹⁴. Dentre os resultados obtidos na análise do RF da 8ª CSDF, destaca-se a inexistência da busca pela regionalização da rede de serviços, mas em contrapartida, a eminente busca pela descentralização e autonomia para gerência de recursos financeiros e serviços de saúde.

Submetido à análise, o RF da 9ª CSDF propiciou a elaboração de três categorias: 1. Descentralização financeira; 2. Regionalização de recursos; e 3. Autonomia Financeira. Diferentemente do RF da 8ª CSDF, o RF da 9ª CSDF apresenta propostas em torno da regionalização. Entretanto, a regionalização é sempre acompanhada da descentralização, sendo tidas como consequências uma da outra não somente pela literatura, mas como também pelos executores e usuários da política de saúde vigente. É possível entender a 9ª CSDF como um marco pela busca da descentralização, uma vez que os resultados da análise do relatório final revelam que a descentralização da gestão protagonizou as propostas, conforme a justificativa do estudo. Evidencia-se propostas em torno da regionalização, mas triplica-se e duplica-se, respectivamente o pleito pela descentralização e autonomia da gestão.

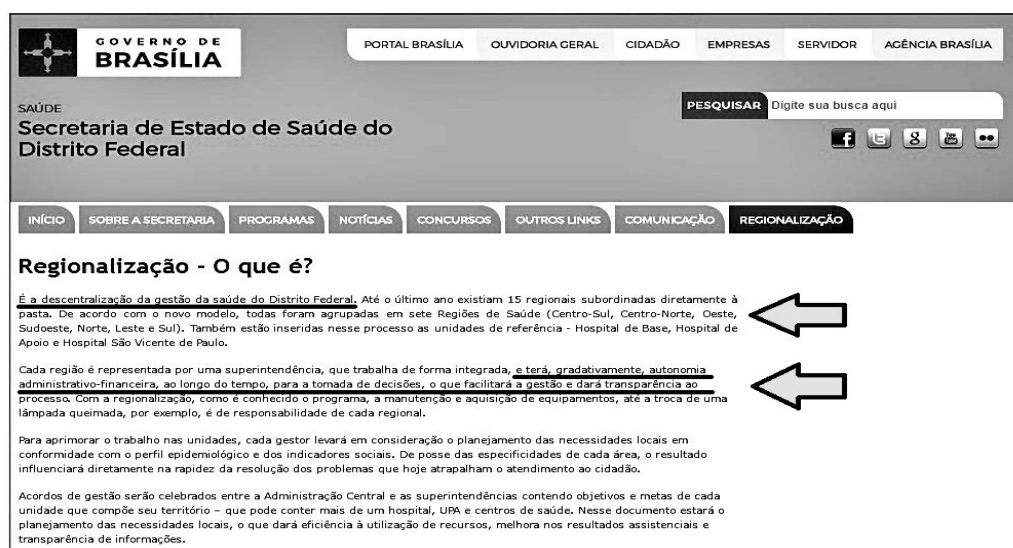
Observa-se que, a descentralização financeira, administrativa, de recursos humanos e de gestão, teve um destaque maior nas discussões ocorridas na instância colegiada do Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF) no período intraconferencial, enquanto que o

princípio da regionalização foi pouco debatido, sendo limitante, inclusive, para a sua categorização desse estudo. Em outras palavras, evidenciou-se a busca pela descentralização em maior relevância do que à implantação da regionalização como uma nova maneira de organizar a rede de serviços e atenção à saúde da região. Em síntese, analisando os documentos e categorizando as discussões e propostas, afirma-se que o Controle Social em Saúde da região anseia pela descentralização superiormente à busca pela regionalização que, surge em menor frequência tanto nas discussões permanentes do Conselho, quanto na Conferência de Saúde do Distrito Federal.

Análise da implantação do Decreto 37.057 na organização da rede de serviços de saúde do Distrito Federal e no Controle Social:

O Decreto 37.057, de 14 de janeiro de 2016, determina a organização da rede de serviços por meio de sete regiões de saúde que serão conduzidas por superintendências regionais, denominadas “Superintendências de Regiões de Saúde”⁷. Contudo, a normativa em questão não descreve quais seriam as competências, objetivos, função e demais informações necessárias para compreensão do que seriam este novo arranjo organizacional do setor saúde do Distrito Federal. Até o momento da coleta desta pesquisa não houve alteração dos conselhos existentes, entretanto, questiona-se se haverá redução ou permanência dos 15 atuais para 7 Conselhos Regionais. A interpretação possível é a de que continuarão existentes os 15 Conselhos Regionais, o que exigirá esforços para que os mesmos estejam articulados entre si para atuação frente à uma gestão única. A SES respondeu às propostas do Controle Social, afirmando por meio do *site* oficial a implantação da descentralização e regionalização no DF, do modo que pode-se observar:

Figura 2. Apresentação do processo de regionalização no site da SES/DF, 2016.

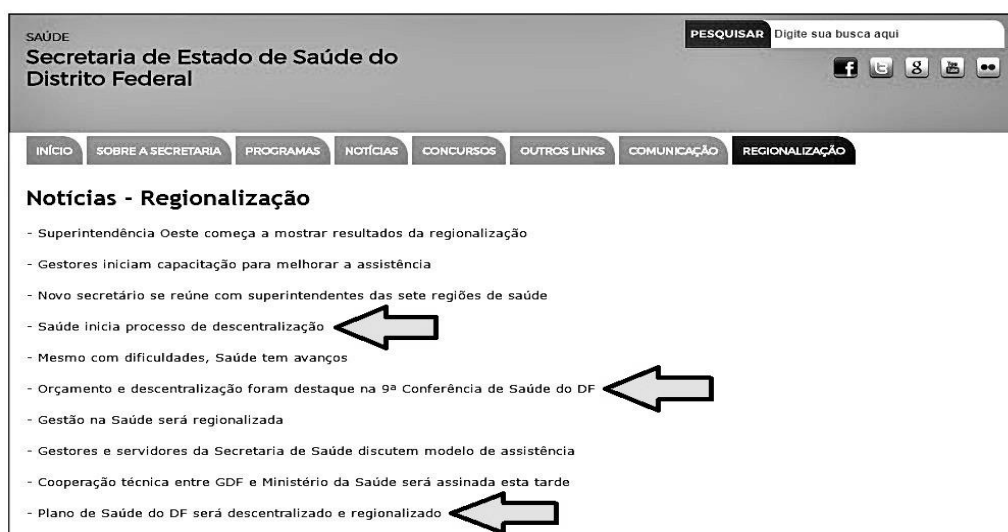


Fonte: *site* da SES/DF, 2016.

A SES/DF declara a relação entre a regionalização e descentralização, apresentado uma como consequência da outra. Aponta a regionalização como a descentralização da saúde aonde relaciona as sete regiões estabelecidas e menciona a conjuntura anterior que organizava-se em 15 Regionais de Saúde.

Nota-se que, diferentemente do Decreto 37.057/2016, o *site* oficial apresenta o seu entendimento sobre a regionalização de maneira mais detalhada. Destacam-se nessa figura duas relevantes informações: (i) a afirmação de que a regionalização é a descentralização da gestão da saúde do Distrito Federal e (ii) a autonomia gradativa para a tomada de decisão de responsabilidade de cada regional. Destaca-se ainda, a divulgação de notícias envolto à regionalização (Figura 3), conforme apresenta-se:

Figura 3. Notícias sobre o processo de regionalização, SES/DF, 2016.



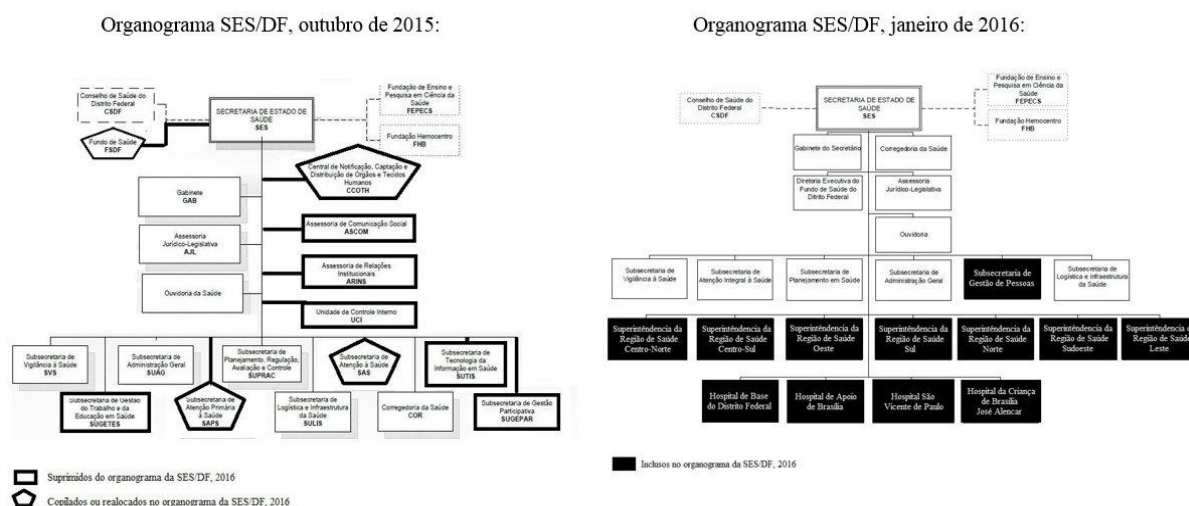
Fonte: *site* da SES/DF, 2016.

Dentre as dez notícias anunciadas pela SES/DF, destacam-se três, por ordem de importância: (i) “Orçamento e descentralização forma destaque na 9ª Conferência de Saúde do DF”, (ii) “Plano de Saúde do DF será descentralizado e regionalizado” e (iii) “Saúde inicia processo de descentralização”.

O novo organograma da SES/DF, data-se de 14 de janeiro de 2016, concomitantemente à publicação do Decreto 37.057/2016. Embora não sejam evidentes algumas informações, principalmente referentes a permanência e ou diminuição de conselhos de saúde, o organograma encontra-se de acordo com as determinações do decreto.

O organograma atual acarreta para si algumas unidades de saúde que já eram existentes na estrutura da SES/DF, mas que passa a compor o organograma como unidades de referência da alta complexidade da rede de serviços do sistema de saúde do Distrito Federal, por exemplo: Hospital de Base de Brasília e Hospital da Criança José de Alencar. O que surge realmente de novo para o organograma da SES/DF de janeiro de 2016, são as sete superintendências. O comparativo entre organogramas, demonstra a diminuição de algumas unidades, a compilação e a supressão de outras, ainda que:

Figura 4. Comparativo entre organogramas da SES/DF, outubro de 2015 e janeiro de 2016.



Fonte: SES/DF, 2016.

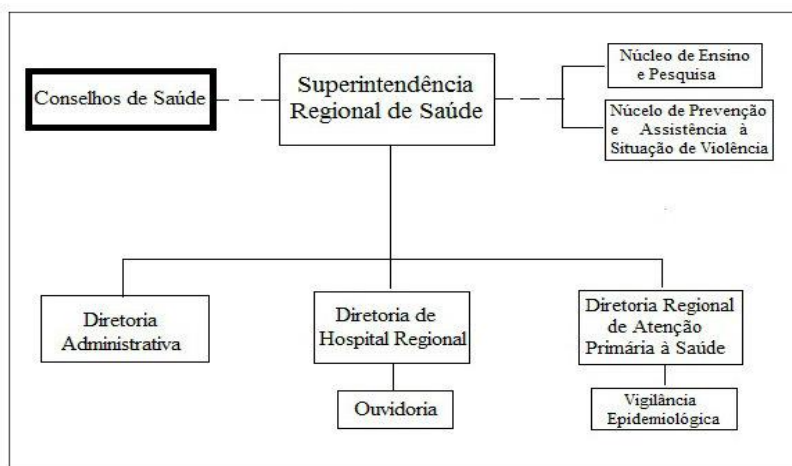
O cronograma da SES/DF pré-decreto, contava com a existência de nove subsecretarias. Após a publicação do decreto, bem como do novo organograma, diminui-se esse quantitativo para seis subsecretarias. Alguns setores, tais como o Fundo de Saúde, a Central de Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos Humanos e as Subsecretarias de Atenção Primária e de Atenção à Saúde, permanecem na estrutura da SES/DF, todavia são realocadas em níveis hierárquicos inferiores aos postos que ocupavam anteriormente. Buscou-se encontrar as atividades de alguns setores, tais como a Assessoria de Comunicação Social e da Subsecretaria de Gestão Participativa no atual Plano Distrital de Saúde, porém, não se obteve êxito, fazendo-nos interpretar a sua extinção do organograma, mas como também o seu redirecionamento para níveis setoriais hierarquicamente inferiores.

O fato de ter perdido o posto de subsecretaria, impactaria as ações e o financiamento a esses assuntos? Tal fato apresenta-se como uma das limitações que esse estudo não possibilita determinar, dado que os documentos analisados ainda se encontram incipientes sobre o assunto. Questiona-se, se a existência das regionais no organograma, quanto na estrutura da SES/DF seria algo positivo, representando maior legitimidade às regiões de saúde. Os documentos analisados não indicam isso, principalmente o Decreto 37.057 de 14 de janeiro de 2016, tornando essa uma nova limitação do estudo. Analisando os referidos organogramas, fica evidente a presença de somente um Conselho de Saúde em ambas ilustrações. O decreto analisado possibilita a interpretação de permanência dos Conselhos de Saúde Regionais, contudo, não os insere no organograma atual.

Com a implantação da regionalização, busca-se também o desenvolvimento dos organismos de participação social⁴. Desse modo, indaga-se: como realizar tal desenvolvimento, uma vez que não se evidencia a participação destes junto ao Conselho de Saúde em nível Estadual e a eminente necessidade que terão em articularem entre si para demandar de um único gestor/superintendente as suas necessidades e proposições. Supõe-se que essa realidade não seja possível ser acompanhada em outra região, senão no Distrito Federal, uma vez que buscou-se estudos que abordassem o assunto, mas sem êxito, tornando uma oportunidade para estudos futuros e ainda uma limitação deste escrito.

Outra circunstância limitante, é o fato de não poder comparar os organogramas das regiões de saúde implantadas, pelo fato de (i) elas existiam de modo não oficial por meio de decretos e (ii) referem-se à uma estrutura relativamente nova no sistema de saúde do Distrito Federal. Contudo, buscou-se analisar os organogramas das sete Superintendências Regionais de Saúde, onde notou-se um esqueleto em comum (Figura 5).

Figura 5. Estrutura comum das sete Regiões de Saúde do Distrito Federal, 2016.



Fonte: elaboração própria do autor.

Observa-se que, a gestão central das regiões de saúde foi unida e as estruturas foram preservadas, a exemplo da região norte, que determinou uma superintendência central e uniu as administrações dos Hospitais de Planaltina e Sobradinho e na oportunidade, também unificou a Atenção Primária em Saúde dessas duas Regiões Administrativas, tendo ambas um único Diretor Regional. Frente à todas as exposições, é possível compreender que o Controle Social em Saúde do Distrito Federal constantemente buscou a descentralização da gestão, dos recursos humanos e financeiros da SES/DF nos instrumentos e período analisados, mas em contrapartida, a mesma apresenta a regionalização como meio de atender a esse pleito. A SES-DF apresentou, na prática, uma proposta de regionalização baseada no enxugamento das secretarias e criação das superintendências regionais. Como as atribuições das superintendências não foram detalhadas no Decreto, não há como saber se haverá o aumento efetivo da autonomia das regionais de saúde no DF. Entretanto, houve detalhamento do papel das superintendências no site, inclusive sobre aumento da autonomia. Contudo, a regionalização da forma como se apresenta indica implantação do princípio da desconcentração, em que se atribui atividades, mas não as enrijece de poderes na tomada de decisão para poder incidir nos desafios e planejamentos cotidianos para a gestão em saúde.

Sendo o Distrito Federal uma realidade atípica das demais UF, questiona-se o quanto que a regionalização, efetivamente, precede da descentralização, conforme entende os estudiosos no assunto. Tal conformação é evidente na divisão dos Estados em Municípios, ou seja, a saúde foi municipalizada e os municípios possuem orçamento próprio. Eles precisaram se organizar em regiões de saúde para atender, entre outros princípios, a integralidade da atenção. Entretanto, quando uma Unidade Federativa não tem municípios, e sim regiões administrativas, sem orçamento próprio, a regionalização necessariamente ocorreria com a

precedência da descentralização? Essa configuração de regionalização é peculiar ao DF e não pode ser comparada a nenhuma outra UF do Brasil.

CONCLUSÃO

O Controle Social do Distrito Federal, por meios das suas discussões permanentes no Conselhos de Saúde e ainda pelas duas recentes Conferências de Saúde propõe acentuadamente a implantação da descentralização administrativa, financeira e de gestão e, em contrapartida, a SES/DF fundou as Superintendências de Regiões de Saúde. A implantação das Superintendências pela SES/DF, da forma como apresenta-se as normativas que as instituem até o momento, assemelham-se ao princípio da desconcentração e não à descentralização proposta pelo Controle Social da região.

Entende-se que a SES/DF transfere atribuições em âmbito administrativo e não a tomada de decisão para incidir sobre investimentos, orçamentos e financiamento em saúde, tornando a sua determinação um retorno desconcentrado de atividades e não à descentralização da gestão. O sítio virtual descreveu o aumento de autonomia, mas não foi subsidiado pelo decreto. Entende-se que existe legitimidade nas informações públicas cedidas pelo mecanismo de comunicação oficial da SES/DF, tal qual apresenta-se o site. Contudo, o modo operandi dos poderes constitucionais são determinados pela promulgação de mecanismos legais tais como decretos, portarias e entre outros. Dessa forma, questiona-se as inconsistências encontradas entre o decreto e as informações do site, na tentativa de incentivar a SES a desde já buscar dar a legitimidade pleiteada pelo Controle Social e sobretudo, efetivar o SUS como a política de Estado que é.

Tem-se que a implantação da regionalização, da forma como apresentou-se nas normativas analisadas, atende parcialmente a demanda proposta pelas recentes Conferências de Saúde, sendo possível observar um foco para a descentralização administrativa de serviços e até então sem evidências da implantação da descentralização financeira e orçamentária sugerida, conforme demandas locais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. ABC DO SUS: Doutrinas e Princípios. *Secretaria Nacional de Assistência à Saúde*, p. 1-10, 1990. Disponível em: <[abc_do_sus_doutrinas_e_principios](#)>. Acesso em 5 set. 2015.
2. VIANA, A. L. *Descentralização e Política de Saúde: Origens, contexto e alcance da descentralização*. São Paulo: HUCITEC, 2014, p. 45-53.
3. HORTALE, V. A. O conceito de descentralização aplicado aos serviços de saúde: dimensões, padrões e regularidades. *Revista de Administração Pública.* , 23-35. 1997. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/7902/6569>>. Acesso em 12 abr. 2016.
4. BORJA, J. Dimensiones teoricas, problemas y perspectivas de la descentralizacion del Estado. In: Borja, J. et al *Descentralizacion del Estado: movimiento social y gestión local*. Barcelona, Instituto de Cooperacion Iberoamericana/FLACSO/CLACSO, 1987.

5. SANTOS, L. Sim, a regionalização é o caminho! In A. L. PEREIRA, *Regionalização é o caminho*. São Paulo: Pyxis Editorial, 2015. 1 ed., Vol. 4, pp. 54-59.
6. BRASIL. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3 ed., 3º reimp. – Brasília: Editora: Ministério da Saúde, 2011, p. 313.
7. Governo do Distrito Federal. Decreto 37.057, de 14 de janeiro de 2016. *Diário Oficial do Distrito Federal*. Seção I, pag. 1. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/107131345/dodf-secao-01-15-01-2016-pg-1>>. Acesso em 2 maio de 2016.
8. BARDIN. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: LDA, 2009.
9. PEREIRA, A. M. M.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; FREIRE, J. M. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 18. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00011.pdf>>. Acesso em 12 abr. 2016.
10. PEREIRA, I. B. *Dicionário da educação profissional em saúde* / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
11. AQUINO, E. M. L. *Avaliação em saúde: dos Modelos Teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Hartz ZMA, Vieira-da-Silva L. M., organizadoras. Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 275 p. ISBN: 85-232-0352-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100027>. Acesso em 13 mar. 2016.
12. MONTI, F. Princípios do SUS só se efetivam com relações colaborativas entre gestores e serviços. Em A. L. PEREIRA, *Regionalização é o Caminho!* São Paulo: Pyxis Editorial. 2015, p. 51.
13. ASSIS, M. M, & VILLA, T. C. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 376-382, 2003.
14. GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade*, 20-31. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200003>. Acesso em 17 mar. 2016.